DSM-IV-TR

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

TEXTE RÉVISÉ

MASSON

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM-IV-TR

MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX

QUATRIÈME ÉDITION
TEXTE RÉVISE
VERSION INTERNATIONALE
AVEC LES CODES CIM-10

Coordination générale de la traduction française
Julien Daniel GUELFI et Marc-Antoine CROCQ

Directeurs de l'équipe de la traduction française
P. BOYER, J.-D. GUELFI, C.-B. PULL, M.-C. PULL

Équipe de la traduction française du DSM-IV
S. BENOIT-LAMY, J.-C. BISSERBE, M. BOUVARD, G. CHAILLET, M.-A. CROCQ, J.-F. DREYFUS, M. DUGAS, M. FLAMENT, V. GAILLAC, B. GRANGER, B. HANIN, P. KOWAL, M. LEBOYER, Y. LECRUBIER, J.-P. LEPINE, M.-L. PAILLERE-MARTINOT, G. PARMENTIER, J. PELLET, L. STANER, V. VIOT-BLANC, L. WAINTRAUB

Équipe de traduction française du texte révisé du DSM-IV
S. ARBABZADEH, G. CHAILLET, M.A. CROCQ, M. FLAMENT, B. GRANGER, J.-D. GUELFI, B. HANIN, T. HERGUETA, M.L. PAILLÈRE-MARTINOT, A. PELISSOLO, C.B. PULL, M.C. PULL, L. STANER, L. WAINTRAUB

Conseiller à la traduction
N. SARTORIUS

Coordination générale des traductions française, italienne et espagnole
Pierre PICHOT
Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie
Membre de l'Académie de médecine

MASSON

Directeurs de l'équipe de la traduction française du DSM-IV

P. BOYER. Professeur de Neurosciences, ancien CCA, chargé de recherches, INSERM, Paris
J.-D. GUELFI, professeur de psychiatrie Paris V, chef de service, clinique des maladies mentales et rie l'encéphale, hôpital Sainte-Anne, Paris
C.-B. PULL, professeur de psychiatrie, Luxembourg
M.-C. PULL, docteur en psychologie, Luxembourg

Équipe de la traduction française du DSM-IV

S. BENOIT-LAMY, ancien interne des hôpitaux, Paris
J.-C. BISSERBE, chargé de recherches, INSERM, Paris
M. BOUVARD, praticien hospitalier, Paris
G. CHAILLET, praticien hospitalier, Luxembourg
M.-A. CROCQ, praticien hospitalier, Rouffach
J.-F. DREYFUS, ancien interne des hôpitaux, Paris
M. DUGAS, professeur de psychiatrie, Paris
M. FLAMENT, professeur de psychiatrie, Toronto, Canada
V. GAILLAC, praticien hospitalier, Paris
B. GRANGER, professeur de psychiatrie. Paris
B. HANIN, psychanalyste, Paris
P. KOWAL, ancien interne des hôpitaux, Paris
M. LEBOYER, praticien hospitalo-universitaire, Paris
Y. LECRUBIER, directeur de recherches, INSERM, Paris
J.-P. LEPINE, professeur de psychiatrie, Paris
M.-L. PAILLERE-MARTINOT, praticien hospitalier, Paris
G. PARMENTIER, praticien hospitalier, Albi
J. PELLET, professeur de psychiatrie, Saint-Étienne
L. STANER, praticien hospitalier, Luxembourg
V. VIOT-BLANC, ancien interne des hôpitaux, Paris
L. WAINTRAUB, praticien hospitalier, Paris

Équipe de la traduction française du texte révisé du DSM-IV
Coordination générale : J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq

S. ARBABZADEH, ancien chef de clinique, assistant des hôpitaux, Paris
G. CHAILLET, praticien hospitalier, Luxembourg
M.-A. CROCQ, praticien hospitalier, Rouffach
M. FLAMENT, professeur de psychiatrie, Toronto, Canada
B. GRANGER, professeur de psychiatrie, Paris
J.-D. GUELFI, professeur de psychiatrie, Paris V, hôpital Sainte-Anne
B. HANIN, psychanalyste, Paris
T. HERGUETA, psychologue, hôpital Salpêtrière, Paris
M.-L. PAILLÈRE-MARTINOT, praticien hospitalier, Paris
A. PELISSOLO, praticien hospitalo-universitaire, Paris
C.-B. PULL, professeur de psychiatrie, Luxembourg
M.-C. PULL, psychologue, Luxembourg
L. STANER, praticien hospitalier, Luxembourg
L. WAINTRAUB, praticien hospitalier, Paris

To Melvin Sabshin,
a man for all seasons

Avant-propos de la traduction française du DSM-IV

L'équipe de traduction du DSM-IV en français a observé les mêmes règles générales que celles qu'elle avait adoptées lors de la traduction du DSM-III publié aux États-Unis en 1980 puis du DSM-III révisé (1987). Nous avons délibérément choisi de rester le plus proche possible du texte américain, jugeant qu'il était plus hasardeux d'adapter que de traduire. Nous avons aussi tenu le plus grand compte clans notre travail de la dixième révision de la classification internationale des maladies (1992), traduite en français en 1993.

La tâche du lecteur désirant comparer les deux systèmes, DSM et CIM, est facilitée d'une part grâce aux codes indiqués selon les deux systèmes de référence, d'autre part, grâce aux paragraphes du DSM-IV donnant des précisions sur les procédures d'enregistrement et sur les relations qui existent entre les cieux séries de critères diagnostiques.

Aucun des principes généraux retenus dans le DSM-III : approche clinique purement descriptive, modèle médical de type catégoriel, diagnostics reposant sur des listes de critères et évaluations multi-axiales, n'a été abandonné dans le DSM-IV.

Néanmoins cette quatrième édition du manuel contient de nombreuses innovations.

L'éventualité selon laquelle de nouvelles recherches autoriseront des descriptions cliniques dimensionnelles est clairement mentionnée. Une description tridimensionnelle de la schizophrénie avec les pâles « psychotique », « négatif» et de « désorganisation » est d'ailleurs proposée, en annexe pour l'instant.

Sur le plan conceptuel, le DSM-IV mentionne la volonté de se libérer du dualisme corps-esprit et de ré-envisager sous un jour nouveau les relations entre troubles mentaux et troubles physiques. Ainsi, est-il affirmé qu'il n'y a pas de « distinction fondamentale à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales ».

Le DSM-IV ne représente plus seulement le consensus d'experts qu'était fondamentalement le DSM-III. Il est le résultat du regroupement d'un nombre considérable de données empiriques : revues de la littérature, ré-analyses de données cliniques, résultats d'études sur le terrain centrées sur des points litigieux de la classification. L'apport de données nouvelles est particulièrement sensible dans le domaine de l'épidémiologie.

Une autre innovation du DSM-IV concerne, à côté des critères diagnostiques proprement dits, des critères de spécification permettant de délimiter de nombreuses formes cliniques, chaque fois qu'un nombre suffisant d'arguments justifie ces distinctions. Le plus souvent, ceux-ci sont d'ordre pronostique ou ressortissent d'une réactivité thérapeutique différentielle.

Par ailleurs, si le principe même des critères diagnostiques n'est pas remis en cause, la primauté du jugement clinique est maintes fois réaffirmée. Les signes et symptômes ne peuvent accéder au rang de critères que s'ils sont, certes suffisamment simples et non ambigus, mais aussi responsables d'une souffrance de « cliniquement significative » et d'une « altération », ou d'une « déficience » du fonctionnement dans plusieurs domaines importants comme le domaine social ou professionnel.

Enfin, le DSM-IV propose en annexe deux rubriques importantes dont l'intérêt paraît primordial pour la recherche clinique. La première concerne les syndromes spécifiques (le certaines cultures, la seconde comprend 23 diagnostics « expérimentaux » avec descriptions cliniques et critères de recherche ainsi que des propositions d'évaluation de nouveaux axes qui nécessitent avant d'être définitivement adoptés des études complémentaires. Il en est ainsi des mécanismes de défense, de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel et de l'échelle du fonctionnement social et professionnel.

Le travail réalisé par nos collègues américains est immense. Les passions qu'avait déchaînées le DSM-III s'apaisent. L'effort considérable de clarification représenté par cc manuel avait comme objectif premier d'améliorer la fidélité inter-juges des diagnostics et de favoriser la communication entre divers spécialistes de la santé mentale. Le DSM-IV, tout comme le est avant tout un outil de travail qui ne doit être ni déifié ni diabolisé. Son utilisation, couplée à la découverte de « clés » nouvelles dépassant la seule clinique, sera la source des prochains progrès dans la connaissance et aboutira alors à une véritable nosographie psychiatrique.

J.-D. GUELFI, P. BOYER,
C.-B. PULL ET M.-C. PULL

Table des matières

Avant-propos de la traduction française du DSM-IV IX
Task Force du DSM-IV XIII
Groupes de travail pour la révision du texte du DSM-IV XVII
Remerciements pour le DSM-IV .....)CXI
Remerciements pour le DSM-IV, Révision du texte XXIII
Préface à la version internationale du DSM-IV XXV
Introduction XXVII
Avertissement XII
Utilisation du manuel 1
La classification du DSM-IV-TR (avec les codes de la CIM-10 et de la CIM-9-MC) 15
Évaluation multiaxiale 33
Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence 45
Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs 157
Troubles mentaux dus à une affection médicale générale 209
Troubles liés à une substance 221
Schizophrénie et Autres Troubles psychotiques 343
Troubles de l'humeur 399
Troubles anxieux 493
Troubles somatoformes 561
Troubles factices 593
Troubles dissociatifs 599
Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle 617
Troubles des conduites alimentaires 675
Troubles du sommeil 691
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs 765
Troubles de l'adaptation 783
Troubles de la personnalité 789
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique 841
Codes additionnels 855

Annexes

Annexe A Arbres de décision pour le diagnostic différentiel 859

Annexe B Critères et axes proposés pour des études supplémentaires 873

Annexe C Glossaire des termes techniques 943

Annexe D Listes des modifications figurant dans le texte révisé du DSM-IV 953

Annexe E Liste alphabétique *des* diagnostics et des codes du DSM-IV-TR (Codes de la CIM-10 et codes du DSM-IV-TR) 969

Annexe F Liste numérique des diagnostics et des codes du DSM-IV-TR avec les codes de la CIM-10 983

Annexe G Codes CIM-9-MC pour une sélection d'affections médicales générales et de Troubles induits par un médicament 997

Annexe H La classification du DSM-IV avec les codes CIM-10 1013

Annexe I Esquisse d'une formulation en fonction de la culture et Glossaire des syndromes propres à une culture donnée 1015

Annexe J Collaborateurs du DSM-IV 1023

Annexe K Conseillers pour la révision du texte du DSM-IV 1047

Index 1053

Task Force du DSM-IV

ALLEN FRANCES, M.D.
Chairperson

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
Vice-Chairperson

MICHAEL B. FIRST, M.D.
Editor, Text and Criteria

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Magda Campbell, M.D.
Dennis R Cantwell, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Judith H. Gold, M.D.
John Gunderson, M.D.
Robert E. Hales, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
David J. Kupfer, M.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Peter E. Nathan, Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Daniel A. Regier, M.D., M.P.H.
A. John Rush, M.D.
Chester W. Schmidt, M.D.
Marc Alan Schuckit, M.D.
David Shaffer, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D., *Special Adviser*
Gary J. Tucker, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.,
Research Coordinator
Janet B. W. Williams, D.S.W.
John C. Urbaitis, M.D., *Assembly Liaison*
James J. Hudziak, M.D.,
Resident Fellow (1990-1993)
Junius Gonzales, M.D.
Resident Fellow (1988-1990)

Ruth Ross, M.A., *Science Editor*
Nancy E. Vettorello, M.U.P., *Administrative Coordinator*
Wendy Wakefield Davis, Ed.M., *Editorial Coordinator*
Cindy D. Jones, *Administrative Assistant*
Nancy Sydnor-Greenberg, M.A., *Administrative Consultant*
Myriam Kline, M.S., *Focused Field-Trial Coordinator*
James W. Thompson, M.D., M.P.H., *Videotape Field-Trial Coordinator*

Les groupes de travail pour la révision du texte du DSM-IV figurent p. XVII à XX.

Troubles anxieux

Michael R. Liebowitz, M.D., *Chairperson*
David H. Barlow, Ph.D., *Vice-Chairperson*
James C. Ballenger M.D.
Jonathan Davidson, M.D.
Edna Foa, Ph.D.
Abby Fyer, M.D.

Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs

Gary J. Tucker, M.D., *Chairperson*
Michael Popkin, M.D., *Vice-Chairperson*
Eric Douglas Caine, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Gary Lloyd Gottlieb, M.D.
Igor Grant. M.D.
Benjamin Liptzin, M.D.

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

David Shaffer, M.D., *Co-Chairperson*
Magda Campbell, M.D., *Co-Chairperson*
Susan J. Bradley, M.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Donald Jay Cohen, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.
Rachel Klein, Ph.D.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Rolf Loeber, Ph.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Rhea Paul, Ph.D.
Judith H. L. Rapoport, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.
Fred Volkmar, M.D.
John S. Werry, M.D.

Troubles des conduites alimentaires

B. Timothy Walsh, M.D., *Chairperson*
Paul Garfinkel, M.D.
Katherine A. Halmi, M.D.
James Mitchell, M.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.

Troubles de l'humeur

A. John Rush, M.D., *Chairperson*
Martin B. Keller, M.D., *Vice-Chairperson*
Mark S. Bauer, M.D.
David Dunner, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Donald F. Klein, M.D.

Évaluation multiaxiale

Janet B. W. Williams, D.S.W., *Chairperson*
Howard H. Goldman, M.D., Ph.D., *Vice-Chairperson*
Alan M. Gruenberg, M.D.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Stephen Setterberg, M.D.
Andrew Edward Skodol II. M.D.

Troubles de la personnalité

John Gunderson, M.D., *Chairperson*
Robert M. A. Hirschfeld, M.D., *Vice-Chairperson*
Roger Blashfield, Ph. D.
Susan Jean Fiester, M.D.
Theodore Millon, Ph.D.
Bruce Kohl, M.D.
Tracie Shea, Ph.D.
Larry Siever, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.

Trouble dysphorique prémenstruel

Judith H. Gold, M.D., *Chairperson*
Jean Endicott, Ph.D.
Barbara Parry, M.D.
Sally Severino, M.D.
Nada Logan Stotland, M.D.
Ellen Frank, Ph.D., *Consultant*

« Psychiatric Systems Interface Disorders » (Troubles de l'adaptation, Troubles dissociatifs, Troubles factices, Troubles du contrôle des impulsions, Troubles somatoformes et Facteurs psychologiques influençant une affection médicale)

Robert E. Hales, M.D. *Chairperson*
C. Robert Cloninger, M.D., *Vice-Chairperson*
Jonathan F. Bonis, M.D.
Jack Denning Burke, Jr., M.D., M.P.H.
Joe P. Fagan, M.D.
Steven A. King, M.D.
Ronald L. Martin, M.D.
Katharine Anne Phillips, M.D.
David A. Spiegel, M.D.
Alan Stoudemire, M.D.
James J. Strain, M.D.
Michael G. Wise, M.D.

Schizophrénie et autres Troubles psychotiques

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D., *Chairperson*
John M. Kane, M.D., *Vice-Chairperson*
Samuel Keith, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Thomas McGlashan, M.D.

Troubles sexuels

Chester W. Schmidt, M.D., *Chairperson*
Raul Schiavi, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.
Taylor Seagraves, M.D.
Thomas Nathan Wise, M.D.

Troubles du sommeil

David J. Kupfer, M.D., *Chairperson*
Charles F. Reynolds III, M.D., *Vice-Chairperson*
Daniel Buysse, M.D.
Roger Peele, M.D.
Quentin Regestein, M.D.
Michael Sateia, M.D.
Michael Thorpy, M.D.

Troubles liés à une substance

Marc Alan Schuckit, M.D., *Chairperson*
John E. Helzer, M.D., *Vice-Chairperson*
Linda B. Cottler, Ph.D.
Thomas Crowley, M.D.
Peter E. Nathan, Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Commission sur l'évaluation et le diagnos tic psychiatrique

Layton Mc Curdy, M.D., *Chairperson* (1987-1994)
Kenneth Z. Altshuler, M.D. (1987-1992)
Thomas F. Anders, M.D. (1988-1994)
Susan Jane Blumenthal, M.D. (1990-1993)
Leah Joan Dickstein, M.D. (1988-1991)
Lewis J. Judd, M.D. (1988-1994)
Gerald L. Klerman, M.D. (*deceased*) (1988-1991)
Stuart C. Yudofsky, M.D. (1992-1994)
Jack D. Blaine, M.D., *Consultant* (1987-1992)
Jerry M. Lewis, M.D., *Consultant* (1988-1994)
Daniel J. Luchins, M.D., *Consultant* (1987-1991)
Katharine Anne Phillips, M.D., *Consultant (1992-1994)*
Cynthia Pearl Rose, M.D., *Consultant* (1990-1994)
Louis Alan Moench, M.D., *Assembly Liaison (1991-1994)*
Steven K. Dobscha, M.D., *Resident Fellow (1990-1992)*
Mark Zimmerman, M.D., *Resident Fellow* (1992-1994)

Commission conjointe du Conseil d'Administration et de l'Assemblée des District Branches sur des questions concernant le DSM-IV

Ronald A. Shellow, M.D., *Chairperson*
Harvey Bluestone, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.
Arthur John Farley, M.D.
Carol Ann Bernstein, M.D.

Groupes de travail pour la révision du texte du DSM-IV

MICHAEL B. FIRST, M.D.
Co-Chairperson and Editor

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
Co-Chairperson

Laurie E. McQueen, M.S.S.W.
DSM Project Manager

Yoshie Satake, B.A.
DSM Program Coordinator

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles anxieux

Murray B. Stein, M.D.
Chairperson
Jonathan Abramowitz, Ph.D.
Gordon Asmundson. Ph.D.
Jean C. Beckham, Ph.D.
Timothy Brown, Ph.D., Psy.D.
Michelle Craske, Ph.D.
Edna Foa, Ph.D.
Thomas Maman, M.D.
Ron Norton, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Richard Zinbarg, Ph.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs et Troubles mentaux liés à une affection médicale

Eric Douglas Caine, M.D.
Jesse Fann, M.D., M.P.H.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

David Shaffer, M.D.
Chairperson
Donald J. Cohen, M.D.
Stephen Hinshaw, Ph.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
Ami Klin, Ph.D.
Daniel Pine, M.D.
Mark A. Riddle, M.D.
Fred R. Volkmar, M.D.
Charles Zeanah, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles des conduites alimentaires

Katharine L. Loeb, Ph.D.
B. Timothy Walsh, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles du mouvement induits par un médicament

Gerard Addonizio, M.D.
Lenard Adler, M.D.
Burton Angrist, M.D.
Daniel Casey, M.D.
Alan Gelenberg, M.D.
James Jefferson, M.D.
Dilip Jeste, M.D.
Peter Weiden, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles de l'humeur

Mark S. Bauer, M.D.
Patricia Suppes, M.D., Ph.D.
Michael E. Thase, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur l'évaluation multiaxiale

Alan M. Gruenberg, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles de la personnalité

Bruce Pfohl, M.D.

Thomas A. Widiger, Ph.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur le Trouble dysphorique prémenstruel

Sally Severino, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les « Psychiatrie Systems Interface Disorders » (Troubles de l'adaptation, Troubles dissociatifs, Troubles factices, Troubles du contrôle des impulsions, Troubles somatoformes et facteurs psychologiques influençant une affection médicale)

Mitchell Cohen, M.D.
Marc Feldman, M.D.
Eric Hollander, M.D.
Steven A. King, M.D.
James Levenson, M.D.
Ronald L. Martin, M.D. *(deceased)*
Jeffrey Newcorn, M.D.
Russell Noyes, Jr., M.D.
Katharine Anne Phillips., M.D.
Eyal Shemesh, M.D.
David A. Spiegel, M.D.
James J. Strain, M.D.
Sean H. Yutzy, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur Schizophrénie et Autres Troubles psychotiques

Michael Flaum. M.D.
Chairperson

Xavier Amador, Ph.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles sexuels et les Troubles de l'identité sexuelle

Chester W. Schmidt, M.D.
R. Taylor Segraves, M.D.
Thomas Nathan Wise. M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles du sommeil

Daniel Buysse, M.D.
Peter Nowell, M.D.

Groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles liés à une substance

Marc Alan Schuckit, M.D.

Association américaine de psychiatrie Commission sur l'évaluation et le diagnostic psychiatrique

David J. Kupfer, M.D.
Chair

James Leckman, M.D.
Member

Katharine Anne Phillips, M.D.
Member

A. John Rush, M.D.
Member

Daniel Winstead, M.D.
Member

Bonnie Zima, M.D., Ph.D.
Member

Barbara Kennedy, M.D., Ph.D.
Consultant

Janet B.W. Williams, D.S.W.
Consultant

Louis Alan Moench, M.D.
Assemble Liaison

Jack Barchas, M.D.
Corresponding Member

Herbert W. Harris, M.D., Ph.D.
Corresponding Member

Charles Kaelber, M.D.
Corresponding Member

Jorge A. Costa e Silva, M.D.
Corresponding Member

T. Berdirhan Ustun, M.D.
Corresponding Member

Yeshuschandra Dhaibar, M.D.
APA/Glaxo-Wellcome Fellow

Remerciements pour le DSM-IV

Le DSM-IV a été un travail d'équipe. Plus de 1 000 personnes (et de nombreuses organisations professionnelles) nous ont aidés dans la préparation de ce document. Les noms des membres de la Task Force du DSM-IV et de l'équipe du DSM-IV sont repris en page XIII, les noms des membres des groupes de travail du DSM-IV sont repris pages XIV à XVI et une liste d'autres participants est incluse dans l'Annexe J.

La responsabilité principale du contenu du DSM-IV incombe à la Task Force du DSM-IV et aux membres des groupes de travail du DSM-IV. Ils ont travaillé (souvent plus que ce à quoi ils attendaient) avec un dévouement et une bonne humeur qui nous ont inspirés. Nous remercions spécialement Bob Spitzer pour ses efforts infatigables et son point de vue irremplaçable. Norman Sartorius, Darrel Regier, Lewis Judd, Fred Goodwin, et Chuck Kaelber ont été à l'origine d'échanges mutuellement productifs entre l'Association américaine de psychiatrie et l'Organisation mondiale de la Santé, échanges qui ont amélioré à la fois le DSM-IV et la CIM-10 et ont augmenté leur compatibilité. Nous sommes reconnaissants à Robert Israel, Sue Meads et Amy Blum du Centre national des statistiques de la santé, et à Andrea Albaum-Feinstein de l'Association américaine pour le traitement des informations de Santé pour leurs suggestions concernant le système de codification du DSM-IV. Denis Prager, Peter Wathan et David Kupfer nous ont aidés à développer une stratégie originale de réanalyse des données grâce aux subsides de la Fondation John D. et Catherine T. Mc Arthur.

De nombreuses personnes au sein de l'Association américaine de psychiatrie ont droit à notre reconnaissance. Mel Sabshin dont la sagesse toute particulière et l'élégance ont rendu même les tâches les plus pénibles, plus faciles à réaliser. Le Comité de l'Association américaine de psychiatrie chargé de l'évaluation et des diagnostics psychiatriques (présidé par Layton Mc Curdy) nous a fourni des indications et des conseils judicieux. Nous voudrions aussi remercier les présidents de l'Association américaine de psychiatrie (Drs Fink, Pardes, Benedek, Hartmann, English et Mc Intyre) et les personnes ayant présidé les assemblées générales (Drs Cohen, Flamm, Hanin, Pfachler et Shellow) qui nous ont aidés à organiser notre travail. Carolyn Robinowitz et Jack White et leurs équipes respectivement au Bureau du directeur médical de l'Association américaine de psychiatrie et au Bureau de l'Administration des Affaires nous ont apporté une aide précieuse dans la réalisation de ce projet.

Nous sommes également redevables à plusieurs autres personnes. Wency Davis, Nancy Vettorello et Nancy Sydnor-Greenberg ont développé et mis en oeuvre une structure d'organisation qui a permis de mener à son terme ce projet complexe. Nous avons

également été touchés par une équipe administrative particulièrement capable, parmi laquelle nous relevons Elisabeth Fitzhugh, Willa Hall, Kelly Mc Kincy, Gloria Miele, Helen Stavna, Sarah Tilly, Nina Rosenthal, Susan Mann, Joanne Mas, et tout spécialement, Cindy Joncs. Ruth Ross, notre infatigable secrétaire scientifique est à l'origine de l'amélioration de la clarté de l'expression et de l'organisation du DSM-IV. Myriam Kline (coordinateur de recherche pour les études DSM-IV sur le terrain financée par l'Institut National de la Santé), Jim Thompson (coordinateur de recherche pour les essais dans le domaine des enregistrements vidéo de la fondation Mc Arthur) et Sandy Ferris (Directeur assistant du bureau de recherche) ont grandement contribué à ce projet. Nous voudrions également remercier toutes les autres personnes de l'équipe de l'Association américaine de psychiatrie qui nous ont aidés. Ron Mc Millen, Claire Reinburg, Pam Harley et Jane Davenport de l'American Psychiatrie Press nous ont apporté leur assistance expérimentée.

Allen Frances, M.D.
Président de la Task Force du DSM-IV

Harold Alan Pincus, M.D.
Vice-Président de la Task Force du DSM-IV

Michael B. First, M.D.
Editeur des Textes et Critères du DSM-IV

Thomas A. Widiger, Ph.D.
Coordinateur de Recherche

Remerciements de l'équipe de la traduction française

Au nom de l'ensemble de l'équipe de la traduction française du DSM-IV, je remercie tous ceux qui nous ont aidés au cours de notre tâche, notamment les Professeurs Pierre Pichot et Norman Sartorius pour leurs conseils, Mesdames Marie-Hélène Cécile et Danièle Lambert pour leur bonne humeur et la qualité de leur travail, Mesdames Laurence Bertinet, Marie Chevreux et Claire Guilabert enfin pour le travail effectué sur le texte révisé.

J.-D. GUELFI

Remerciements pour le DSM-IV Révision du texte

Le travail de révision du texte du DSM-IV a également été un travail d'équipe. Nous sommes particulièrement reconnaissants pour les efforts constants fournis par les Groupes de Travail de la Révision du Texte du DSM-IV (cités p. XVII à XX), qui ont fait l'essentiel du travail dans la préparation de cette révision. Nous voudrions également exprimer notre reconnaissance pour la contribution des nombreux conseillers des Groupes de travail (voir l'Annexe K, p. 1047) qui ont donné leur avis sur les changements proposés. Enfin, nous remercions la commission sur l'Évaluation et le Diagnostic Psychiatrique de l'Association Américaine de Psychiatrie (citée p. XX), qui a très utilement guidé et supervisé les travaux, et qui approuvé le document final. Nous remercions tout spécialement les membres du comité Katharine A. Phillips et Janet B. Williams, pour leur relecture méticuleuse et attentive de la révision du texte. Bien entendu, ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans l'assistance indispensable fournie sur les plans de l'organisation et de l'administration par le personnel du DSM-IV, Laurie McQueen et Yoshie Satake, et l'assistance fournie sur le plan de la production par Anne Barnes, Pam Harley, Greg Kuny, Claire Reinburg, et Ron McMillen de l'American Psychiatric Press.

MICHAEL B. FIRST, M.D.
Co-Chairperson et Editeur

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
Co-Chairperson

Préface à la version internationale du DSM-IV

Le contenu de la *Version internationale du DSM-IV* est identique à celui du DSM-IV standard à l'exception du remplacement des codes diagnostiques de la neuvième révision de la *Classification internationale des maladies,* version Modifications cliniques (CIM-9-MC) par ceux de la dixième révision de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10). La CIM-9- MC a été développée aux États-Unis à la fin des années soixante-dix à partir de modifications cliniques de la neuvième révision de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-9). Elle est superposable à la CIM- 9 mais apporte une plus grande spécificité principalement par l'adjonction de codes à cinq chiffres.

La *Version internationale du DSM-IV* a été publiée afin de faciliter l'utilisation du manuel dans les pays ayant adopté la CIM-10 comme système officiel d'encodage et d'enregistrement des maladies. Deux annexes supplémentaires figurent dans la *Version internationale.* Pour les pays utilisant encore la CIM-9 comme système officiel d'encodage, l'Annexe G reprend la classification du DSM-IV avec les codes CIM-9 correspondants. Pour les pays utilisant encore la CIM-9-MC comme système officiel d'encodage, l'Annexe H reprend la classification du DSM-IV avec les codes CIM-9-MC correspondants. La version standard du DSM-IV publiée aux États-Unis contient actuellement les diagnostics CIM-9-MC, en attendant une notification des instances gouvernementales en faveur du remplacement de la CIM-9-MC par la CIM-10, notification prévue après l'an 2000. Les chercheurs intéressés par les différences entre les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV trouveront dans le texte une description des correspondances avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10.

Introduction

Voici la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* ou DSM-IV, de l'Association américaine de psychiatrie. L'utilité et la crédibilité du DSM-IV nécessitent qu'il se focalise sur la clinique, la recherche et l'enseignement, et qu'il repose sur des bases empiriques solides. Notre principale priorité a été de fournir un guide utile aux cliniciens. Nous espérons avoir rendu le DSM-IV pratique et utile en portant notre attention sur l'établissement de critères brefs, un langage limpide, et l'énoncé clair des critères diagnostiques. Un autre but était de faciliter la recherche, et d'améliorer la communication entre chercheurs et cliniciens. Nous n'avons pas oublié que le DSM-lV doit être utile pour la collecte d'informations cliniques et comme outil éducatif dans l'enseignement de la psychopathologie.

Une nomenclature officielle doit pouvoir être appliquée clans une vaste diversité de contextes. Le DSM-IV est utilisé par des cliniciens et des chercheurs ayant des orientations différentes (p. ex., biologique, psychodynamique, cognitive, comportementale, interpersonnelle, systémique/familiale). Il est utilisé par des psychiatres, d'autres médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des thérapeutes occupationnels et de réhabilitation, des conseillers et d'autres professionnels de la santé et de la santé mentale. Le DSM-IV doit pouvoir être utilisé dans toutes les situations : patients hospitalisés ou ambulatoires, patients partiellement hospitalisés, consultations de liaison, dispensaires, pratique privée et soins primaires, ainsi que clans la communauté. C'est aussi un outil nécessaire pour collecter et communiquer des statistiques de santé qui soient précises. Heureusement, ces différents usages sont compatibles entre eux.

Le DSM-IV est le fruit de 13 groupes de travail (voir Annexe J), chacun d'entre eux ayant eu la responsabilité d'une section du manuel. Cette organisation a été établie pour augmenter la participation d'experts dans chaque domaine particulier. Nous avons pris un certain nombre de précautions pour nous assurer que les recommandations des groupes de travail se concrétisaient par des avis reflétant une connaissance la plus extensive possible, et ne se limitaient pas simplement à l'opinion personnelle de chaque membre. Après de nombreuses consultations avec des experts et des cliniciens dans chaque domaine, nous avons sélectionné les membres du groupe de travail afin qu'ils représentent un large échantillon de perspectives et d'expériences. Nous avons recommandé aux membres des groupes de travail de se comporter comme des experts de consensus et non comme des partisans inconditionnels d'une idée préconçue. De plus, les groupes de travail avaient à respecter une procédure de travail reposant sur un système formel d'arguments déterminants.

Les groupes de travail rapportaient à la Task Force du DSM-IV (voir p. XIII) qui se composait de 27 membres, la plupart (l'entre eux étant également directeur d'un groupe de travail. Chacun des 13 groupes rie travail était composé de 5 personnes (ou

plus) et leurs comptes-rendus étaient révisés par 50 à 100 conseillers, sélectionnés en fonction de leur expertise dans la clinique ou la recherche et représentant différentes disciplines, formations et modes de prise en charge clinique. La participation de nombreux experts internationaux a assuré la mise à disposition du plus grand pool d'information qui pourrait être applicable à toutes les cultures. Conférences et ateliers ont eu lieu pour fournir un guide conceptuel et méthodologique pour la réalisation du DSM-IV. Cela comportait un certain nombre de consultations entre les auteurs du DSM-IV et ceux de la CIM-10, afin d'améliorer la compatibilité entre les deux systèmes. De plus, des conférences sur la méthodologie ont été consacrées aux facteurs culturels dans le diagnostic des troubles mentaux, aux diagnostics gériatriques, et aux diagnostics psychiatriques en soins primaires.

Pour maintenir une communication la plus large possible, la Task Force du DSM-IV a établi une liaison avec de nombreux membres de l'Association américaine de psychiatrie et avec plus de 60 organisations et associations intéressées par le développement du DSM-IV (p. ex., l'Association américaine pour le traitement des informations (le Santé, l'Association américaine des infirmières, l'Association américaine de thérapie occupationnelle, l'Association américaine de psychanalyse, l'Association américaine de psychologie, la Société américaine de psychologie, la Coalition pour la famille, le Groupe pour l'avancement en psychiatrie, l'Association nationale des travailleurs sociaux, le Centre national des statistiques de santé, l'Organisation mondiale de la Santé). Nous avons essayé d'exposer les résultats et les données empiriques très tôt dans le processus pour identifier des problèmes éventuels et des différences d'interprétation. Des échanges d'informations ont également été possibles grâce à la distribution d'un bulletin semestriel (le *DSM-IV Update),* la publication régulière d'une colonne sur le DSM-IV dans *Hospital and Community Psychiatry*, des présentations fréquentes dans les conférences nationales et internationales et de nombreux articles de journaux.

Deux ans avant la publication du DSM-IV, la Task Force a publié et distribué largement le *DSM-IV Options Book.* Ce livre présentait un résumé détaillé des suggestions qui étaient proposées pour figurer dans le futur DSM-IV et espérait ainsi solliciter l'apport d'opinions et de données supplémentaires pour nos délibérations. Nous avons reçu un courrier abondant de personnes intéressées qui nous informaient, par de nouvelles données et recommandations, de l'impact que d'éventuels changements dans le DSM-IV pourraient avoir sur leur pratique clinique, l'enseignement, la recherche et le travail administratif. Ce large débat nous a aidé à anticiper les problèmes et à rechercher la meilleure solution parmi différentes options. Un an avant la publication du DSM-IV, un projet quasi final (le l'ensemble des critères proposés a été distribué et a été soumis une dernière fois à la critique.

Arrivant aux décisions finales du DSM-IV, les groupes de travail et la Task Force ont revu tous les arguments empiriques et toute la correspondance qui avaient été collectés. Il nous est apparu que l'innovation majeure du DSM-IV reposait, non pas sur certains changements spécifiques de contenu, mais plutôt sur le côté systématique et explicite du procédé selon lequel il a été construit et documenté. Plus que toute autre nomenclature concernant les troubles mentaux, le DSM-IV est fondé sur des arguments empiriques.

Historique

Le besoin d'une classification des troubles mentaux s'est fait sentir tout au long de l'histoire de la médecine, mais il y eut peu d'accords quant aux troubles qui auraient dû être inclus et quant à la meilleure méthode pour leur classification. Les nombreuses nomenclatures qui ont été élaborées durant les deux derniers millénaires se sont différenciées par l'importance relative qu'elles ont accordé à la phénoménologie, à l'étiologie ou à l'évolution en tant qu'éléments de définition des catégories. Certains systèmes n'ont inclus qu'une poignée de catégories diagnostiques, d'autres, des milliers. De plus, les différents systèmes de catégorisation des troubles mentaux ont différé en fonction de l'utilisation principale à laquelle ils étaient destinés : la clinique, la recherche ou l'établissement de statistiques. L'histoire de la classification étant bien trop vaste pour être résumée ici, nous nous attacherons seulement brièvement à ceux de ces aspects qui ont conduit directement au développement du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) et aux sections « Troubles mentaux » dans les diverses éditions de la *Classification internationale des maladies* (CIM).

Aux États-Unis, l'impulsion initiale pour développer une classification des troubles mentaux a été la nécessité de collecter des informations statistiques. On peut considérer que la première tentative officielle de réunir des informations sur les maladies mentales aux USA fut, lors du recensement de 1840, l'enregistrement de la fréquence d'une catégorie unique (« idiotie/aliénation »). Lors du recensement de 1880, on distinguait sept catégories de maladies mentales : la manie, la mélancolie, la monomanie, la parésie, la démence, la dipsomanie et l'épilepsie. En 1917, le Comité des Statistiques de l'Association américaine de psychiatrie (à cette époque appelée l'Association américaine médico-psychologique, le nom a été changé en 1921) conjointement avec la Commission nationale d'hygiène mentale, a établi un plan qui fut adopté par le Bureau du recensement pour réunir des statistiques standardisées dans les hôpitaux psychiatriques. Bien que ce système ait accordé plus d'importance à l'utilité clinique que ne le faisaient les anciens, il restait encore essentiellement une classification statistique. L'Association américaine de psychiatrie a ensuite collaboré avec l'Académie new-yorkaise de médecine pour établir une nomenclature psychiatrique acceptable sur le plan national, qui a été incorporée à la première édition de la *Nomenclature classifiée et standardisée des maladies de l'Association médicale américaine.* Cette nomenclature était destinée avant tout à établir le diagnostic des patients hospitalisés présentant des troubles neurologiques et psychiatriques sévères.

Une nomenclature bien plus étoffée a été développée par l'armée américaine (et modifiée par l'Administration des Vétérans) afin d'intégrer de façon plus adéquate les cas des soldats et vétérans de la seconde guerre mondiale consultant en ambulatoire (ex., troubles psychophysiologiques, troubles de la personnalité ou troubles aigus). Au même moment, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publiait la 6e édition de la CIM qui, pour la première fois, comprenait une section consacrée aux troubles mentaux. La CIM-6 fut fortement influencée par la nomenclature de l'Administration des vétérans et comprenait dix catégories pour les psychoses, neuf pour les psychonévroses et sept pour les troubles de la personnalité, du comportement et de l'intelligence.

Le Comité rie l'Association américaine de psychiatrie pour la nomenclature et les statistiques développa une variante de la CIM-6 qui fut publiée en 1952 en tant que première édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-I). Le DSM-I contenait un lexique avec les descriptions des catégories diagnostiques et

a été le premier manuel officiel des troubles mentaux à se centrer sur l'utilité clinique. L'usage du terme *réaction* tout au long du DSM-I reflétait les opinions psychobiologiques d'Adolf Meyer qui pensait que les troubles mentaux représentaient les réactions de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques.

C'est en partie à cause du faible succès de la taxonomie des troubles mentaux contenus dans la CIM-6 et la CIM-7, que l'OMS parraina une revue détaillée des problèmes diagnostiques sous la direction du psychiatre britannique Stengel. On peut dire que son rapport est à l'origine de nombreux progrès récents en méthodologie diagnostique, en particulier, la nécessité de définitions précises pour favoriser l'établissement de diagnostics cliniques fiables. Toutefois, la révision diagnostique suivante, qui devait aboutir au DSM-II et à la CIM-8 n'a guère tenu compte des nomenclatures de Stengel. Le DSM-II était semblable au DSM-I, avec le terme *réaction* en moins.

Comme ce fut le cas pour le DSM-I et DSM-II, le développement du DSM-III a été coordonné à celui de la nouvelle version (la 9e) de la CIM, publiée en 1975 et mise en oeuvre en 1978. Les travaux sur le DSM-III ont commencé en 1974, avec publication en 1980. Le DSM-III a introduit un nombre important d'innovations méthodologiques, dont des critères diagnostiques explicites, un système multiaxial, et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques. Cet effort fut facilité par le considérable travail empirique alors en cours sur la construction et la validité de critères diagnostiques explicites et le développement d'entretiens semi-structurés. La CIM-9 n'incluait pas de critères diagnostiques ou de système multiaxial, en grande partie parce que la fonction première de ce système international était de délimiter des catégories pour faciliter la collecte des statistiques de base sur la santé. Le DSM-III fut développé quant à lui avec un but supplémentaire : celui de fournir une nomenclature médicale pour les cliniciens et les chercheurs. Au vu de l'insatisfaction générale en médecine concernant le manque de spécificité de la CIM-9, il fut décidé de la modifier pour son utilisation aux États-Unis, ce qui a conduit à la CIM-9-MC (pour « Modifications cliniques »).

À l'usage, le DSM-III révéla un bon nombre de contradictions dans le système et d'exemples dans lesquels les critères n'étaient pas tout à fait clairs. C'est pour ces raisons que l'Association américaine de psychiatrie désigna un groupe de travail pour la révision du DSM-III qui pratiqua les corrections et les révisions conduisant à la publication du DSM-III-R en 1987.

Le processus de révision ; le DSM-IV

La troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III) a représenté un très grand progrès dans le diagnostic des troubles mentaux et a facilité grandement la recherche empirique. Le développement du DSM-1V a bénéficié de l'accroissement substantiel de la recherche sur le diagnostic suscité en partie par le DSM-III et le DSM-III-R. La plupart des diagnostics reposent désormais sur une littérature empirique ou des données d'études concernant les décisions prises dans la révision du manuel diagnostique. I,a Task Force du DSM-IV et ses groupes de travail ont suivi une démarche empirique à trois niveaux : 1) des revues complètes et systématiques de la littérature publiée, 2) des réanalyses de données déjà collectées et 3) de larges études sur le terrain centrées sur des points de controverse.

Revues de la littérature

Deux conférences méthodologiques furent subsidiées afin de définir pour tous les groupes de travail, une procédure systématique de recherche, de dépouillement, de collecte et d'interprétation des données selon un mode objectif et complet. Les tâches initiales de chaque groupe de travail du DSM-IV ont été d'identifier les questions les plus pertinentes concernant chaque diagnostic et de déterminer le type de données empiriques utiles pour les résoudre. Un expert ou un membre d'un groupe de travail fut alors nommé pour diriger une revue systématique et détaillée de la littérature concernée qui donnerait des informations pour résoudre ces questions et pour documenter le texte du DSM-IV.

Les domaines concernés ont été l'utilité clinique, la fidélité interjuges, la validité descriptive, les performances psychométriques de critères individuels, et un bon nombre de variables de validation.

Chaque revue de la littérature a spécifié : I) les objectifs et les aspects du texte et les critères étudiés, et l'intérêt des objectifs par rapport au DSM-IV, 2) la méthode utilisée dans la revue (sources d'identification des études concernées, nombre d'études pertinentes, critères d'inclusion et d'exclusion de la revue et variables cataloguées dans chaque étude), 3) les conclusions de la revue (avec un résumé descriptif des études concernant la méthodologie, le protocole, les corrélats essentiels des résultats, les résultats pertinents et les analyses conduites sur ces résultats) et 4) les différentes options pour résoudre les questions posées, les avantages et les inconvénients de ces options, les recommandations et les suggestions pour des recherches complémentaires requises pour aboutir à des solutions plus concluantes.

Le but de ces revues de la littérature était de fournir une information détaillée et non biaisée et d'assurer que le DSM-IV refléterait la meilleure littérature clinique et de recherche disponible. Nous avons utilisé pour ce faire des recherches systématiques par ordinateur, et les revues critiques ont été réalisées par de larges groupes d'experts pour être certains que la couverture de la littérature serait adéquate et l'interprétation des résultats justifiée. Nous avons spécialement sollicité la contribution de personnes susceptibles de critiquer les conclusions de la revue. Les revues de littérature ont été révisées plusieurs fois afin d'être aussi équilibrées et étendues que possible. Il faut noter que pour certaines controverses soulevées par les groupes de travail du DSM-IV, et en particulier celles qui étaient plutôt d'ordre conceptuel, ou celles pour lesquelles les données étaient insuffisantes, la revue de la littérature est de peu d'utilité. En dépit de cela, les revues ont été d'une grande aide en apportant le support rationnel et empirique nécessaire aux décisions prises par les groupes de travail du DSM-IV.

Réanalyses des données

Quand la littérature n'apportait pas de solution claire à un problème, nous avons souvent fait appel à d'autres moyens pour nous aider à prendre une décision finale, à savoir des réanalyses des données et des études sur le terrain. L'analyse de certaines données non publiées a été rendue possible grâce à une subvention de la Fondation John D. et Catherine T. Mc Arthur de l'Association américaine de psychiatrie. La plupart des 40 réanalyses de données réalisées pour le DSM-IV a nécessité la collaboration de plusieurs investigateurs à différents endroits. Les chercheurs ont exposé leurs données et répondu aux questions des membres des groupes de travail concernant les critères inclus dans le DSM-III-R ou les critères envisagés pour le DSM-IV. Les réanalyses de

données ont aussi permis aux groupes de travail de produire plusieurs ensembles de critères qui ont été testés par la suite dans les études sur le terrain du DSM-IV. Bien que, pour la plupart, les données utilisées dans les réanalyses soient issues d'études épidémiologiques, d'études sur le traitement ou bien d'autres études cliniques, elles Ont été très importantes également pour répondre aux questions nosologiques que s'étaient posées les groupes de travail du DSM-IV.

Études sur le terrain

Douze études sur le terrain du DSM-IV ont été sponsorisées par le *National Institute of Mental Health* (NIMH), en collaboration avec le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) et le *National Institute on Alcobol Abuse and Alcoholism* (NIAAA). Les études sur le terrain ont permis aux groupes de travail du DSM-IV de comparer différentes options et d'étudier l'impact possible des changements suggérés. Ces études sur le terrain ont comparé les critères du DSM-III, du DSM-III-R, de la CIM-10 et ceux proposés par le DSM-IV, dans cinq à dix centres différents par étude avec approximativement 100 sujets par centre. Ces centres, avec des groupes de sujets représentatifs sur le plan socioculturel et ethnique, ont été sélectionnés pour assurer la généralisation des résultats des études sur le terrain et pour tester certaines questions de diagnostic différentiel parmi les plus difficiles. Les 12 études sur le terrain ont inclus plus de 70 centres différents et ont évalué plus de 6 000 sujets. Ces études sur le terrain ont rassemblé des informations sur la fidélité interjuges et l'adéquation de chaque groupe de critères, et sur celle de chacun des items spécifiques composant le groupe de critères. Les études sur le terrain ont également aidé à établir un lien entre la recherche clinique et la pratique clinique en déterminant comment les changements suggérés par les découvertes de la recherche clinique peuvent s'appliquer concrètement.

Critères de changement

Bien qu'il ait été impossible de définir des critères absolus et infaillibles pour déterminer quand un changement devait être fait, certains principes ont guidé nos efforts. Le seuil de révision pour le DSM-IV a été plus élevé que pour le DSM-III et le DSM-III-R. Les décisions devaient être motivées par des exposés explicites de leur pertinence et par une revue systématique des données empiriques pertinentes. Pour augmenter le côté pratique et l'utilité clinique du DSM-IV, les critères ont été simplifiés et clarifiés quand cela était justifié par des données empiriques. Nous avons tenté d'atteindre un équilibre optimal dans le DSM-IV qui respecte la tradition historique (représentée dans le DSM-III et le DSM-III-R), la compatibilité avec la CIM-10, les données des revues de la littérature, les analyses de données non publiées, les résultats des études sur le terrain, et le consensus dans le domaine. La quantité de preuves requises pour justifier des changements était élevée, mais elle a nécessairement varié d'un trouble à l'autre étant donné que le support empirique des décisions du DSM-III et du DSM-III-R variait aussi d'un trouble à l'autre. Évidemment, le bons sens restait indispensable et un nombre plus grand d'arguments a été requis quand il s'est agi d'introduire des changements majeurs pour résoudre des problèmes mineurs par rapport aux changements mineurs pour résoudre des problèmes majeurs.

Nous avons reçu des suggestions pour inclure de nombreux nouveaux diagnostics clans le DSM-IV. Leurs promoteurs ont argué du fait que de nouveaux diagnostics

étaient nécessaires pour étendre le champ d'application du système, et pour inclure des individus qui n'étaient pas diagnostiquables dans le DSM-III-R, ou diagnostiquables seulement sous la rubrique Non Spécifié. Nous avons décidé que, en général, de nouveaux diagnostics ne devaient être inclus dans le système qu'après que des recherches aient démontré qu'ils devaient être inclus, plutôt que de les inclure pour stimuler cette recherche. Nous avons accordé un peu plus d'attention aux diagnostics déjà inclus dans la CIM-10 qu'à ceux qui étaient nouvellement proposés pour le DSM-IV. Le gain en clarté, l'utilité et l'enrichissement du système obtenu par chaque nouvelle proposition diagnostique devait être pondéré par l'encombrement imposé au système entier, la pauvreté de la documentation empirique et la confusion et les erreurs diagnostiques qu'elle risquait d'entraîner. Aucune classification des troubles mentaux ne peut avoir assez de catégories spécifiques pour tenir compte de toutes les présentations cliniques possibles. La rubrique Non Spécifié est destinée à couvrir les présentations non rares qui sont à la limite de la définition de catégories spécifiques.

Le DSM-IV Sourcebook

La documentation a été le fondement essentiel du DSM-IV. Le *DSM-IV Sourcebook,* publié en cinq volumes, est conçu pour fournir des références complètes et pratiques concernant les justifications cliniques et de recherche des diverses décisions prises par la Task Force et les groupes de travail. Les trois premiers volumes du *Sourcebook* contiennent un condensé des 150 revues de la littérature du DSM-IV. Le quatrième volume contient les rapports des réanalyses de données ; le cinquième, les rapports des études sur le terrain et un résumé exécutif final des justifications des décisions de chaque groupe de travail. De plus, les efforts entrepris pour réunir la documentation empirique du DSM-IV ont généré de nombreux articles publiés dans des journaux à comités de lecture.

Correspondance avec la CIM- 10

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes* (CIM-10), développée par l'OMS, a été publiée en 1992, mais ne sera probablement pas utilisée officiellement aux États-Unis avant la fin des années 90. Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration étroite pour coordonner leurs efforts, aboutissant ainsi à une grande influence mutuelle. La CIM-10 comporte un système de codification officiel, et d'autres instruments et documents cliniques et de recherche annexes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont tout à fait compatibles avec la CIM-9-MC et la CIM-10 (voir Annexe H). Les projets cliniques et de recherche de la CIM-10 ont été soigneusement revus par les groupes de travail du DSM-IV et ils ont fourni une matière importante pour les revues de la littérature et les réanalyses de données. Les versions provisoires des Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 ont été incluses en tant qu'alternatives, à côté de celles du DSM-III, du DSM-III-R et des propositions de critères du DSM-IV dans les études sur le terrain. Les nombreux contacts entre les promoteurs du DSM-IV et de la CIM-10 (qui ont été facilités par le NIMH, le NIDA et le NIAAA) ont permis d'augmenter la concordance et de diminuer les différences de formulation entre les deux systèmes.

La Révision de texte du DSM-IV

L'un des intérêts majeurs du DSM-fV a été son utilisation comme instrument de formation. Cela est vrai en particulier pour ce qui est du texte descriptif qui accompagne les ensembles de critères des troubles du DSM-IV. Étant donné que l'intervalle entre le DSM-IV et le DSM-V sera plus long que celui entre les éditions antérieures (7 ans entre le DSM-III et le DSM-III-R, 7 ans entre le DSM-III-R et le DSM-IV, au moins 12 ans entre le DSM-IV et le DSM-V), les informations contenues clans le texte (qui a été rédigé sur la base de la littérature allant jusqu'à 1992) risquent de plus en plus d'être décalées par rapport aux nombreuses données de la recherche qui sont publiées tous les ans. Afin de combler l'écart entre le DSM-IV et le DSM-V, il a été décidé de faire une révision du texte du DSM-IV. Les objectifs de cette révision étaient multiples : 1) corriger toutes les erreurs trouvées dans le texte du DSM-IV ; 2) revoir le texte du DSM-IV pour vérifier que toutes les informations sont encore à jour ; 3) changer le texte du DSM-IV pour inclure des informations nouvelles apparues depuis les revues de la littérature effectuées en 1992 ; 4) apporter des améliorations permettant d'accroître la valeur éducative du DSM-IV ; et 5) corriger les codes de la CIM-9-CM qui ont été modifiés depuis la Révision des Codes du DSM-IV en 1996. Comme pour le DSM-IV original, tout changement proposé clans le texte devait être justifié par des données empiriques. Par ailleurs, tous les changements proposés ont été limités à des sections de texte (p. ex., Caractéristiques et Troubles associés, Prévalence). Aucun changement substantiel n'a été envisagé pour les ensembles de critères, ni aucune proposition pour de nouveaux troubles, de nouveaux sous-types, ou un changement de statut des catégories décrites dans l'une des Annexes du DSM-IV.

Le processus de révision du texte a débuté en 1997, avec la désignation des Groupes de Travail pour la Révision du Texte du DSM-IV. On s'est appuyé sur la structure des Groupes de Travail du DSM-IV original. Dans un premier temps, on a demandé aux présidents des Groupes de Travail du DSM-IV original de donner leur avis concernant la composition des Groupes de Travail pour la Révision du Texte du DSM-IV. Chaque Groupe de Travail pour la Révision du Texte avait comme responsabilité essentielle d'actualiser une section du texte du DSM-IV. Le travail a consisté à revoir soigneusement le texte et à rechercher des erreurs ou des omissions, puis à faire une recherche systématique et approfondie de la littérature relative à des données importantes publiées depuis 1992. Ensuite, les membres des Groupes de Travail pour la Révision du Texte ont rédigé des propositions de changement, accompagnées de justifications écrites concernant ces changements et de références importantes. Au cours de plusieurs conférences par téléphone, des changements, justificatifs et références ont été présentés par l'un des membres du Groupe de Travail pour la Révision du Texte à d'autres membres du Groupe de Travail pour la Révision du Texte, lesquels ont précisé si, à leur avis, des changements étaient justifiés à partir des documents qui leur avaient été fournis. Une fois terminés par les Groupes de Travail pour la Révision du Texte, les changements proposés ont circulé dans un groupe de conseillers spécialisés clans une section donnée (comprenant les membres du Groupe de Travail du DSM-IV original ainsi que d'autres consultants), dans le but d'obtenir des commentaires et des suggestions supplémentaires. Ces conseillers avaient également la possibilité de proposer des changements supplémentaires, s'ils pouvaient fournir des données suffisamment convaincantes pour justifier leur inclusion dans le texte. Les commentaires des conseillers ont été étudies, puis (les propositions de changement définitives ont été

rédigées et soumises pour relecture et approbation par la commission sur l'évaluation et le diagnostic psychiatrique de l'Association Américaine de Psychiatrie.

La plupart des changements proposés, d'après les données de la littérature, concernent la section Caractéristiques et Troubles associés (qui comprend les données des examens complémentaires) ; la section Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe ; la section Prévalence ; la section Évolution ; et la section Aspects familiaux. Pour certains troubles, la section Diagnostic différentiel a également été complétée, pour permettre une différentiation plus détaillée. L'Annexe D (voir p. 953) comprend une description des changements inclus dans la révision du texte.

Définition du trouble mental

Bien que ce volume ait pour titre *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* le terme de *trouble mental* implique malencontreusement une distinction entre les troubles « mentaux » et les troubles « physiques », ce qui est un anachronisme réducteur du dualisme esprit/corps. Il existe une littérature importante pour démontrer qu'il y a beaucoup de « physique » dans les troubles « mentaux » et beaucoup de « mental dans les troubles « physiques ». Le problème soulevé par le terme trouble « mental » est clair mais sa solution est difficile, et malheureusement, le terme existe toujours dans le titre du DSM-IV car nous ne lui avons pas trouvé de substitut satisfaisant.

De plus, bien que le manuel fournisse une classification des troubles mentaux, il faut reconnaître qu'aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de « trouble mental ». Pour ce concept, comme pour bien d'autres en médecine et en sciences, il n'existe pas de définition opérationnelle cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations. Toutes les affections médicales sont définies à différents degrés d'abstraction, — par exemple, pathologie structurelle (p. ex., colite ulcérative), présentation symptomatique (p. ex., migraine), déviance par rapport à une norme physiologique (p. ex., hypertension), étiologie (p. ex., pneumonie à pneumocoques). Les troubles mentaux ont également été définis par des concepts variés (p. ex., souffrance, mauvaise capacité de contrôle de soi, désavantage, handicap, rigidité, irrationalité, modèle syndromique, étiologie et déviation statistique). Chacun est un indicateur utile du trouble mental mais aucun n'est équivalent au concept et différentes situations demandent différentes définitions.

Malgré ces avertissements, la définition du *trouble mental* qui a été incluse dans le DSM-III et le DSM-III-R est reprise ici parce qu'elle est aussi utile que n'importe quelle autre définition et elle nous a aidés à choisir quelles affections, à la limite entre la normalité et la pathologie, devraient être incluses clans le DSM-IV. Dans le DSM-IV, chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant (p. ex., politique, religieux ou sexuel) ni des conflits existant essentiellement entre l'individu *et* la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la

déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré.

Une erreur courante est de croire qu'une classification des troubles mentaux classifie les personnes, alors que ce qui est classifié, ce sont les troubles que présentent ces personnes. C'est pour cette raison que le texte du DSM-IV (comme précédemment celui du DSM-III-R) évite l'emploi des termes tels que « un schizophrène » ou « un alcoolique ». Ils sont remplacés par des expressions plus précises mais il est vrai plus lourdes — telles que « un individu présentant une schizophrénie » ou « un individu ayant une dépendance à l'alcool ».

Questions soulevées par l'utilisation du DSM-IV

Limitations de l'approche catégorielle

Le DSM-IV est une classification catégorielle qui répartit les troubles mentaux en types fondés sur des groupes de critères bien définis. Cette désignation en catégories est la méthode utilisée traditionnellement pour organiser et transmettre des informations dans la vie de tous les jours, et elle a été l'approche fondamentale de tous les systèmes de diagnostics médicaux. Une approche catégorielle de la classification fonctionne au mieux lorsque tous les membres d'une classe diagnostique sont homogènes, lorsque les limites entre classes sont claires et lorsque les différentes classes sont mutuellement exclusives. Néanmoins, il faut reconnaître que le système de classification catégorielle a ses limites.

Dans le DSM-IV, on ne postule pas que chaque trouble mental soit une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. On ne postule pas non plus que tous les individus décrits comme ayant le même trouble mental, se ressemblent par ailleurs. Le clinicien qui utilise le DSM-IV doit par conséquent considérer que les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes, même en ce qui concerne les critères de définition du diagnostic et que les cas limites seront difficiles à diagnostiquer ou ne seront diagnostiqués que de manière probabiliste. Cette conception permet une plus grande flexibilité dans l'utilisation du système ; elle permet de prêter une attention particulière aux cas limites et elle souligne la nécessité de rassembler des informations cliniques supplémentaires afin d'aller au-delà du diagnostic. Reconnaissant l'hétérogénéité des présentations cliniques, le DSM-IV inclut souvent des séries de critères polythétiques, dans lesquels l'individu doit seulement présenter quelques items d'une liste (p. ex., le diagnostic de Personnalité borderline nécessite seulement cinq des neuf items).

La suggestion a été faite d'organiser la classification du DSM-IV selon un mode dimensionnel et non selon le mode catégoriel du DSM-III-R. Un système dimensionnel classifie les présentations cliniques sur la base de la quantification de leurs attributs plutôt que sur leur assignation en catégories, et fonctionne au mieux lorsqu'il décrit des phénomènes qui sont distribués sur un continuum et n'ayant pas de limites claires. Bien que les systèmes dimensionnels soient plus fidèles et communiquent plus d'informations cliniques (parce qu'ils tiennent compte d'attributs cliniques qui seraient négligés dans un système catégoriel), ils ont aussi de sérieuses limitations, et jusqu'ici, ils ont été moins utiles que les systèmes catégoriels pour la pratique clinique et pour la recherche. Les descriptions dimensionnelles numériques sont beaucoup moins fami-

lières et claires que les noms de catégories pour les troubles mentaux. De plus, il n'y a pas encore de consensus sur le choix optimal des dimensions à utiliser à des fins de classification. Néanmoins, il est possible qu'une meilleure connaissance des systèmes dimensionnels et leur utilisation accrue dans la recherche, soient à même de favoriser leur acceptation à la fois comme véhicule d'information clinique et comme instrument de recherche.

Utilisation du jugement clinique

Le DSM-IV est une classification des troubles mentaux qui a été établie pour l'usage clinique, l'enseignement et la recherche. Les catégories diagnostiques, les critères, les descriptions textuelles sont destinées à être utilisées par des individus ayant un entraînement clinique adéquat et l'expérience des diagnostics. Il est important que le DSM-IV ne soit pas appliqué mécaniquement par des individus non entraînés. Les critères diagnostiques spécifiques inclus dans le DSM-IV sont les lignes directrices d'un jugement clinique éclairé, et ne sont pas destinés à être utilisés comme un livre de recettes. Par exemple, l'appréciation et le jugement clinique peuvent justifier un diagnostic si le tableau clinique remplit presque l'entièreté des critères à condition que les symptômes présentés soient persistants et sévères. D'autre part, un manque de familiarité avec le DSM-IV ou une interprétation trop souple ou trop particulière des critères et des conventions du DSM-IV, réduit nettement son utilité en tant que moyen ordinaire de communication.

La formation et le jugement clinique sont nécessaires, mais la méthode de recueil des données est aussi importante à considérer. L'application correcte des critères diagnostiques figurant dans ce manuel nécessite une appréciation directe de l'information contenue dans les jeux de critères diagnostiques (p. ex., un syndrome a-t-il persisté un temps suffisant ?).

Les évaluations qui reposent seulement sur des tests psychométriques qui ne recouvrent pas les contenus des critères (p. ex., les tests projectifs) ne sauraient être valablement utilisés comme la source principale de l'information à visée diagnostique.

Utilisation du DSM-IV dans le cadre médico-légal

Quand les catégories, les critères et les descriptions textuelles du DSM-IV sont utilisés à des fins médico-légales, il existe un risque significatif que l'information diagnostique soit mal utilisée ou mal comprise. Ces dangers existent en raison de l'inadéquation entre l'intérêt final de la loi et les informations contenues dans un diagnostic clinique. Dans la plupart des situations, un diagnostic clinique de trouble mental du DSM-IV n'est pas suffisant pour établir, aux yeux de la loi, l'existence de « trouble mental », « handicap mental », « maladie mentale » ou « déficit mental ». Pour savoir si un individu correspond à un type légal déterminé (p. ex., pour fixer une aptitude, une responsabilité criminelle ou un handicap), des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter le diagnostic du DSM-IV. Cela peut inclure des informations sur les altérations fonctionnelles d'un individu et les répercussions de ces altérations sur les capacités de l'individu. C'est précisément parce que la notion de capacité, d'incapacité et d'altération varie largement au sein d'une catégorie diagnostique, que l'attribution d'un diagnostic bien particulier n'implique pas un niveau défini d'altération ou de handicap.

Les décisionnaires non cliniciens doivent aussi être avertis que, poser un diagnostic n'implique rien concernant la cause du trouble mental (ou des altérations associées) d'un individu. L'inclusion d'un trouble dans la Classification (comme en général en médecine) n'implique pas que l'on connaisse son étiologie. De plus, le fait que la présentation d'un individu corresponde aux critères d'un diagnostic du DSM-IV n'implique pas nécessairement que l'on connaisse le degré de contrôle de cet individu sur les comportements qui peuvent être associés à ce trouble. Même lorsque la perte de contrôle d'un individu sur son propre comportement est l'une des caractéristiques du trouble, le fait de présenter ce diagnostic ne signifie pas, en soi, que cet individu particulier n'est (ou n'était) pas capable de contrôler son comportement à un moment donné.

Il faut noter que le DSM-IV reflète un consensus sur la classification et le diagnostic des troubles mentaux établi au moment de sa publication initiale. De nouvelles connaissances générées par la recherche ou l'expérience clinique conduiront indubitablement à une meilleure compréhension des troubles inclus clans le DSM-IV, à l'identification de nouveaux troubles et au retrait de certains autres dans les classifications ultérieures. Le texte et les groupes de critères inclus dans le DSM-IV devront donc être reconsidérés à la lumière de nouvelles informations.

L'utilisation du DSM-IV à des fins médico-légales doit être précédée par une mise en garde contre les risques et les limitations décrits ci-dessus. En cas d'utilisation plus adéquate, les diagnostics et l'information diagnostique peuvent aider les décisionnaires à rendre leurs arrêts. Par exemple, quand la présence d'un trouble mental est le prédicat à une décision légale subséquente (p. ex., une mesure d'internement), l'utilisation d'un système de diagnostics établi rehausse la valeur et la fiabilité de la décision. En fournissant un compendium fondé sur une revue de la littérature clinique et de recherche, le DSM-IV peut faciliter la tâche de ceux qui prennent des décisions dans un cadre légal en leur faisant comprendre les caractéristiques applicables aux troubles mentaux. La littérature relative aux troubles mentaux sert aussi à mettre un terme aux spéculations non fondées sur les troubles mentaux et sur le mode de fonctionnement d'un individu en particulier. En définitive, les informations diagnostiques concernant l'évolution longitudinale peuvent améliorer la prise de décision lorsqu'il y a un débat judiciaire concernant le fonctionnement mental passé ou futur d'un individu.

Considérations ethniques et culturelles

Des efforts particuliers ont été réalisés lors de la préparation du DSM-1V, afin que l'on prenne conscience que ce manuel est susceptible d'être utilisé dans des populations culturellement différentes, aux États-Unis ou à l'étranger. Les cliniciens sont appelés à évaluer des personnes provenant de nombreux groupes ethniques différents et d'origines culturelles différentes (y compris les nombreux immigrants récents). L'établissement d'un diagnostic peut être une vraie gageure lorsqu'un clinicien d'un groupe ethnique ou culturel donné utilise la classification du DSM-1V pour évaluer une personne d'un autre groupe ethnique ou culturel. Un clinicien qui n'est pas habitué aux nuances de la structure culturelle de référence d'un individu peut, à tort, considérer comme psychopathologique des variations normales du comportement, des croyances ou de l'expérience propres à la culture d'un individu. Par exemple, certaines croyances ou pratiques religieuses (p. ex., entendre ou voir, au cours du deuil, un proche décédé) risqueraient d'être prises à tort pour des manifestations d'un Trouble psychotique. Appliquer les critères (les Troubles rie la personnalité aux différentes cultures peut être

spécialement difficile dans la mesure où il existe de grandes variations culturelles dans les concepts du moi, les styles de communication, et les mécanismes d'adaptation.

Le DSM-IV comporte 3 types d'informations qui se rapportent spécifiquement aux considérations culturelles : 1) une discussion dans le texte sur les variations culturelles pouvant être observées dans les présentations cliniques des troubles inclus dans le DSM-IV, 2) une description de syndromes spécifiques d'une culture donnée, qui n'ont pas été inclus dans le DSM-IV (ils sont repris dans l'Annexe I) et 3) une esquisse de formulation culturelle destinée à aider le clinicien à évaluer et à rendre compte systématiquement de l'impact du contexte culturel de l'individu (voir aussi Annexe **I).**

Le large accueil international des DSM laisse penser que cette classification est utile par sa description des troubles mentaux présentés par des individus du monde entier. Néanmoins, il est évident que les symptômes et l'évolution d'un certain nombre de troubles du DSM-IV sont influencés par des facteurs ethniques et culturels. Le DSM-IV a inclus une nouvelle section au texte pour tenir compte de ces facteurs et faciliter son application à des individus d'ethnies et de cultures différentes. Cette section décrit comment les différentes origines culturelles modulent le contenu et la forme de la présentation clinique (p. ex., les troubles dépressifs sont caractérisés par la prédominance de symptômes somatiques plutôt que par la tristesse dans certaines cultures), les idiotismes préférés pour décrire la souffrance et des informations sur la prévalence, lorsqu'elles sont disponibles.

Le deuxième type d'information culturelle fourni appartient aux « syndromes spécifiques d'une culture donnée » qui ont été décrits dans certaines voire une seule société dans le monde. Le DSM-IV donne deux moyens pour favoriser l'identification de syndromes spécifiques d'une culture donnée : 1) certains *(amok, ataque de nervios)* sont inclus comme exemples distincts de la catégorie « Non spécifié », et 2) une Annexe comprenant des syndromes spécifiques d'une culture donnée (Annexe I) a été introduite dans le DSM-IV et contient le nom du syndrome, les cultures dans lesquelles il a été décrit pour la première fois et une brève description de la psychopathologie.

L'introduction d'une section spécifiquement culturelle dans le DSM-IV, l'inclusion d'un glossaire concernant les syndromes spécifiques d'une culture donnée et le projet d'expression culturelle sont destinés à augmenter l'applicabilité interculturelle du DSM-IV. Nous espérons que ces nouveautés accroîtront la sensibilité aux différentes variations d'expression culturelle des troubles mentaux, et qu'elles diminueront l'effet possible de biais involontaires provenant des propres origines culturelles du clinicien.

Utilisation du DSM-IV dans l'élaboration d'un traitement

Faire un diagnostic du DSM-IV n'est que la première étape d'une évaluation complète. Pour élaborer un traitement adéquat, le clinicien aura nécessairement besoin d'une information complémentaire encore plus importante sur la personne investiguée.

Distinction entre trouble mental et affection médicale générale

Tout au long de ce manuel, il est fait référence aux termes *trouble mental* et *affection médicale générale.* Le terme *trouble mental* est expliqué ci-dessus. Le terme *affection médicale générale* est simplement utilisé comme une abréviation pratique pour les affections et les troubles figurant en dehors du chapitre « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM. Il faut reconnaître que ces termes sont utilisés simplement

pour notre convenance et cela ne devrait pas impliquer qu'il existe une différence fondamentale entre trouble mental et trouble physique, que les troubles mentaux sont sans rapport avec des facteurs ou des processus physiques ou biologiques, ou que les troubles physiques n'ont pas de relation avec des facteurs ou des processus comportementaux ou psychosociaux.

Organisation du manuel

Le manuel commence avec des instructions concernant son utilisation (p. 1), suivies par la classification du DSM-IV-TR (p. 15) avec une liste systématique des codes officiels et des catégories. Ensuite, on trouvera une description du système diagnostique multiaxial du DSM-IV (p. 33-44). Puis, suivent les critères diagnostiques pour chaque trouble du DSM- IV avec un texte descriptif (p. 45-858). Enfin, le DSM-IV-TR inclut 11 annexes.

Avertissement

Pour chaque trouble mental, des critères diagnostiques spécifiques sont proposés pour servir de guide dans la démarche diagnostique. On a en effet démontré que leur utilisation augmentait l'accord entre les cliniciens et les investigateurs. L'utilisation correcte de ces critères exige un entraînement clinique spécialisé permettant d'acquérir des connaissances et des compétences cliniques particulières.

Les critères diagnostiques et la classification du DSM-IV des troubles mentaux reflètent un consensus actuel portant sur les connaissances en évolution dans notre domaine ; ils ne recouvrent pas l'ensemble des circonstances susceptibles de justifier un traitement ou des efforts de recherche.

Le but du DSM-IV est de fournir des descriptions claires des catégories diagnostiques pour que les cliniciens et les investigateurs puissent faire le diagnostic des divers troubles mentaux, échanger des informations à leur sujet, les étudier et les traiter. On doit comprendre que l'inclusion dans ce manuel de catégories diagnostiques comme le jeu pathologique ou la pédophilie, justifiée pour des raisons d'ordre clinique et à des fins de recherche, n'implique pas que ces situations répondent aux critères juridiques ou à d'autre critères non médicaux permettant de délimiter les notions de maladies mentales, de troubles mentaux et d'incapacité. Les considérations cliniques et scientifiques impliquées dans la catégorisation de ces situations en tant que troubles mentaux peuvent ne pas être entièrement adaptées à un jugement légal concernant, par exemple, des éléments tels que la responsabilité individuelle, la détermination d'une incapacité et des aptitudes à l'autonomie.

Utilisation du manuel

Procédures pour coder et enregistrer

Codes diagnostiques

Avertissement des traducteurs. La plupart des troubles du DSM-IV sont pourvus d'un code de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10). On doit noter à ce sujet que le code de la CIM-10 est alphanumérique (une lettre suivie d'un maximum de 4 chiffres) et qu'il n'existe pas toujours une correspondance parfaite entre la nomenclature du DSM-IV et celle de la CIM-10. Par ailleurs, les définitions et les critères diagnostiques du DSM-IV divergent, parfois sensiblement, de ceux de la CIM-10. Les codes de la CIM-10 sont de ce fait souvent approximatifs. Pour les définitions des troubles dans la CIM-10, se reporter à la version « Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic » (livre bleu)' de la CIM-10. Pour les critères de la CIM-10, se reporter à la version « critères diagnostiques pour la recherche » (livre vert) de la CIM-10.

Le code de la CIM-10 est suivi du code numérique (4 ou 5 chiffres) de la neuvième révision de la Classification internationale des Maladies, modifications cliniques (CIM-9-MC) qui reste la nomenclature officielle utilisée au États-Unis lors de la publication de ce manuel. Les codes de la CIM-9-MC sont donnés entre crochets.

Les deux codes précèdent le nom du trouble dans la classification et accompagnent les critères de chaque trouble.

Pour certains diagnostics (p. ex., le Retard mental et les Troubles de l'humeur induits par une substance), le code approprié dépend d'indications supplémentaires et est indiqué à la suite du texte et des critères du trouble. Les noms de certains troubles sont suivis par des appellations synonymes entre parenthèses ; il s'agit le plus souvent d'appellations du DSM-III-R.

L'utilisation de codes diagnostiques est fondamentale pour le dossier médical. Le codage du diagnostic facilite le recueil des données et le traitement statistique des informations. Les codes peuvent aussi être nécessaires pour communiquer un diagnostic à des tiers, notamment à des assurances privées, à des organismes publics ou à l'Organisation mondiale de la Santé. Aux États-Unis par exemple, l'emploi des codes

---

1. *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève et Masson, Paris, 1993.

2. *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève et Masson, Paris, 1993.

diagnostiques a été rendu obligatoire par les agences gouvernementales responsables du remboursement des dépenses de santé au sein du système « Medicare ».

Des sous-types (parfois codés sous la forme d'un cinquième chiffre) et des spécifications sont prévus pour apporter des précisions supplémentaires. Les *sous-types* possibles pour un diagnostic donné sont introduits dans la liste des critères par la mention « spécifier le type ». Ils définissent des formes symptomatiques qui s'excluent mutuellement ; d'autre part l'ensemble des sous-types décrivent de manière exhaustive toutes les formes cliniques possibles du trouble. Le Trouble délirant est par exemple subdivisé selon le contenu des idées délirantes en sept sous-types : érotomaniaque, mégalomaniaque, à type de jalousie, à type de persécution, somatique, mixte et non spécifié. Les *spécifications, à* la différence des sous-types, ne s'excluent pas mutuellement et ne visent pas à une description exhaustive de toutes les formes cliniques possibles ; elles sont introduites par la mention « spécifier » ou « spécifier si » à la suite des critères diagnostiques (p. ex., l'instruction « spécifier si : généralisée » dans la Phobie sociale). Les spécifications donnent la possibilité de définir au sein d'un trouble des sous-groupes plus homogènes de patients qui partagent certains traits communs (p. ex., Trouble dépressif majeur, avec caractéristiques mélancoliques). Bien qu'un cinquième chiffre soit parfois utilisé pour coder un sous-type ou une spécification (p. ex., F00.01 1290.12] pour la Démence de type Alzheimer, à début précoce, avec idées délirantes) ou la sévérité (F31.0 1296.21J Trouble dépressif majeur, épisode isolé, léger), la majorité des sous-types et des spécifications prévus clans le DSM-IV ne peuvent pas être codés selon le système de la CIM-9-MC. La notation se fait alors simplement en indiquant le sous-type ou la spécification après le nom du trouble (p. ex., Phobie sociale, généralisée).

Spécification de la sévérité et de l'évolution

Un diagnostic du DSM-1V s'applique habituellement à l'état actuel de la personne et ne sert en principe pas à coder des troubles passés dont l'individu est guéri. Les spécifications suivantes peuvent être ajoutées après le diagnostic pour indiquer la sévérité et l'évolution : léger, moyen, sévère, en rémission partielle, en rémission complète, et antécédents.

Les spécifications léger, moyen et sévère ne doivent être employées que lorsque tous les critères du trouble sont remplis. Pour apprécier la sévérité, le clinicien doit tenir compte du nombre et de l'intensité des signes et des symptômes ainsi que de l'altération consécutive du fonctionnement professionnel et social. On peut dans la majorité des cas suivre les directives suivantes :

Léger. Présence d'aucun ou de peu de symptômes en plus de ceux qui sont indispensables au diagnostic. L'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte n'est que mineure.

Moyen. Les symptômes ou l'altération du fonctionnement se situent entre léger » et « sévère ».

Sévère. Présence de nombreux symptômes en plus de ceux qui sont indispensables au diagnostic ou sévérité particulière de plusieurs symptômes, ou encore altération marquée du fonctionnement social ou professionnel à cause des symptômes.

En rémission partielle. L'ensemble des critères du trouble étaient auparavant réunis mais il ne persiste plus, actuellement, que quelques symptômes ou signes.

En rémission complète. Il n'y a plus aucun signe ou symptôme du trouble mais il est toujours pertinent de coder le diagnostic par exemple chez un

sujet qui présente des antécédents de Trouble bipolaire et qui n'a plus présenté de symptômes pendant les trois dernières années 'avec: un traitement par le lithium. Après un certain temps de rémission complète, le clinicien peut estimer que l'individu est guéri et décider de ne plus coder le trouble en tant que diagnostic actuel. La distinction entre une rémission complète et la guérison doit se fonder sur de nombreux éléments, notamment sur les caractéristiques de l'évolution du trouble, sur l'ancienneté du dernier épisode, sur la durée totale de l'affection et sur le besoin de poursuivre une surveillance ou un traitement prophylactique.

Antécédents. Il peut être parfois utile de noter qu'un sujet a répondu, clans ses antécédents, aux critères d'un trouble, même si l'on juge qu'il est actuellement guéri. Le diagnostic de troubles mentaux présents dans le passé peut se faire en utilisant la spécification « dans les antécédents » (p. ex., « Anxiété de séparation, dans les antécédents » dans le cas d'une personne qui a des antécédents d'anxiété de séparation et qui ne présente plus aucun trouble ou bien qui répond actuellement aux critères d'un Trouble panique).

Des critères spécifiques pour définir léger, moyen et sévère ont été prévus pour les troubles suivants : Retard mental, Trouble des conduites, Épisode maniaque et Épisode dépressif majeur. Des critères spécifiques pour définir la rémission partielle et la rémission totale existent pour : Épisode maniaque, Épisode dépressif majeur et Dépendance à une substance.

Récidives

Après une période où les critères d'un trouble ne sont plus entièrement remplis (p. ex., après une rémission partielle ou totale, ou après une guérison), il n'est pas rare en clinique que des individus présentent de nouveau des symptômes suggérant une récidive de leur trouble initial, sans pour autant que le seuil exigé par les critères diagnostiques soit atteint. La meilleure manière d'indiquer la présence de ces symptômes est affaire de jugement clinique. Il existe plusieurs possibilités :

- si l'on estime que les symptômes traduisent la récidive d'une affection récurrente, on peut faire le diagnostic actuel (ou provisoire) d'un épisode du trouble avant même que tous les critères soient remplis (p. ex., quand les critères d'un Épisode dépressif majeur sont réunis depuis 10 jours seulement, au lieu des 14 jours habituellement exigés) ;
- si l'on estime que les symptômes sont cliniquement significatifs mais que l'on ignore s'ils représentent une récidive du trouble initial, on peut porter le diagnostic adapté assorti de la catégorie « non spécifié » ;
- si l'on estime que les symptômes ne sont pas cliniquement significatifs, il n'est pas nécessaire de porter un diagnostic supplémentaire, actuel ou provisoire, mais la spécification « dans les antécédents » peut être notée (voir ci-dessus).

*Diagnostic **principal/motif** de la consultation*

Si plus d'un diagnostic est porté pour un sujet hospitalisé, ***le diagnostic principal*** est l'affection qui s'avère, après analyse, être la cause essentielle de l'admission du patient. Si plus d'un diagnostic est porté pour un sujet ambulatoire, le ***motif de la consultation***

est l'affection principale pour laquelle seront prescrits les soins lors de la prise en charge ambulatoire. Le diagnostic principal ou le motif de la consultation est dans la plupart des cas l'objet principal de l'examen et du traitement. Il est souvent difficile, et parfois arbitraire, de déterminer quel est le diagnostic principal ou le motif de la consultation, notamment quand il y a un « diagnostic double » (un diagnostic lié à l'utilisation d'une substance comme la Dépendance à l'amphétamine associé à un diagnostic sans rapport avec l'utilisation d'une substance comme la Schizophrénie). Le choix du diagnostic « principal » peut être par exemple problématique chez une personne hospitalisée à la fois pour Schizophrénie et pour Intoxication à l'amphétamine car les deux affections peuvent avoir rendu nécessaire au même degré l'admission et le traitement en milieu hospitalier.

Des diagnostics multiples peuvent être enregistrés sur plusieurs axes (voir p. 33) ou non (voir p. 44). Le diagnostic principal, s'il appartient à l'Axe I, est indiqué en premier. Les autres troubles sont notés par ordre d'importance clinique et thérapeutique. Quand un patient a en même temps des diagnostics sur l'Axe I et sur l'Axe II, on suppose que le diagnostic principal ou la raison de la consultation correspond à ce qui est enregistré sur l'Axe I, à moins que le diagnostic de l'Axe II soit suivi du qualificatif « diagnostic principal » ou « motif de la consultation ».

Diagnostic provisoire

Il est possible de recourir à la spécification *provisoire* quand on a de fortes raisons de penser que tous les critères d'un trouble finiront par être remplis et que l'information disponible est insuffisante pour faire un diagnostic avec certitude. Le clinicien peut indiquer l'incertitude du diagnostic en ajoutant la mention « provisoire » après le diagnostic. Un patient peut par exemple sembler présenter un Trouble dépressif majeur mais être incapable de relater ses antécédents de manière assez détaillée pour que l'on puisse établir si tous les critères du diagnostic sont remplis. Un autre emploi du terme *provisoire* est le cas où le diagnostic différentiel dépend seulement de la durée de la maladie. Le diagnostic de Trouble schizophréniforme requiert par exemple une durée inférieure à 6 mois et ne peut être porté que de manière provisoire tant qu'une rémission n'est pas survenue.

Emploi des catégories « non spécifié »

Compte tenu de la diversité des tableaux cliniques, la nomenclature diagnostique ne peut pas couvrir toutes les situations possibles. C'est pour cette raison que chaque classe diagnostique est pourvue d'au moins une catégorie « non spécifié » (NS) et parfois même de plusieurs. Le diagnostic NS peut être indiqué dans quatre situations :

- Le tableau correspond aux critères généraux des troubles mentaux d'une classe diagnostique donnée mais les symptômes ne satisfont les critères d'aucun des troubles spécifiques de cette classe. Cela peut être le cas quand les symptômes n'atteignent pas le seuil diagnostique d'un des troubles spécifiques ou bien quand le tableau est atypique ou mixte.
- Le tableau répond à un regroupement de symptômes qui n'a pas été inclus dans la classification du DSM-IV mais cause une souffrance ou une déficience cliniquement significative. Des critères de recherche pour certains ensembles de symptômes ont été inclus clans l'Annexe B (« critères et axes proposés pour

des recherches supplémentaires »). Dans ces cas, le texte renvoie à la page de l'Annexe B Où les critères de recherche sont présentés.

- L'étiologie est incertaine (on ignore si le trouble est dû à une affection médicale générale, à une substance ou s'il est primaire).
- Il n'a pas été possible de recueillir correctement l'information (p. ex., dans une situation d'urgence) ou celle-ci se révèle contradictoire ou incohérente mais on dispose d'éléments suffisants pour se situer dans une classe diagnostique donnée (le clinicien peut p. ex., affirmer la présence de symptômes psychotiques mais n'a pas d'assez d'éléments pour faire le diagnostic d'un trouble psychotique spécifique).

Différentes façons d'indiquer l'incertitude diagnostique

Le tableau suivant indique les différentes manières d'indiquer l'incertitude diagnostique :

Appellation	Exemples de situations cliniques
Codes Z ou [V] (autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique)	Information insuffisante pour déterminer si un problème est dû à un trouble mental (p. ex., des difficultés scolaires, un comportement antisocial de l'adulte)
R69 [799.9] Affection ou diagnostic différé sur l'Axe I	L'information disponible ne permet pas de porter un jugement diagnostique sur une affection ou un diagnostic de l'Axe I
R46.8 [799.9] Diagnostic différé sur l'Axe II	L'information disponible ne permet pas de porter un jugement diagnostique sur une affection ou un diagnostic de l'Axe II
F99 [300.9] Trouble mental non spécifié (non psychotique)	Assez d'information pour éliminer un Trouble psychotique mais sans pouvoir spécifier davantage
F29 [298.9] Trouble psychotique non spécifié	Assez d'information pour affirmer la présence d'un Trouble psychotique mais sans pouvoir spécifier davantage
FO à F9 [Classe de trouble] non spécifié p. ex., Trouble dépressif non spécifié	Assez d'information pour indiquer la catégorie de troubles qui est présente mais sans pouvoir spécifier davantage, soit parce qu'on n'a pas assez d'informations pour faire un diagnostic plus précis, soit parce que les caractéristiques du trouble ne correspondent aux critères d'aucune des catégories spécifiques de cette classe
[Diagnostic spécifique] (provisoire) p. ex., Trouble schizophréniforme (provisoire)	Assez d'information pour faire un diagnostic « de travail » mais le clinicien souhaite indiquer un certain degré d'incertitude

Critères fréquemment utilisés

Critères utilisés pour exclure d'autres diagnostics et pour suggérer des diagnostics différentiels

Les groupes de critères de ce manuel comportent généralement des critères d'exclusion qui sont nécessaires pour établir des limites entre les différents troubles et pour clarifier les diagnostics différentiels. Les critères d'exclusion sont exprimés de plusieurs manières dans le DSM-IV pour traduire les différents types possibles de relations entre les troubles :

- « **Les critères de... n'ont jamais été réunis** » Ce critère d'exclusion sert à définir une hiérarchie longitudinale entre les troubles fondée sur les antécédents du patient. Par exemple, un diagnostic de Trouble dépressif majeur ne peut plus être fait à partir du moment où un patient a présenté un Épisode maniaque auquel cas on doit faire un diagnostic de Trouble bipolaire de type I.
- « **Les critères de... ne sont pas remplis** » Ce critère d'exclusion sert à établir une hiérarchie entre des troubles ou des sous-types qui sont considérés de manière transversale. Par exemple, la spécification « avec caractéristiques mélancoliques » prend le pas sur celle de « avec des caractéristiques atypiques » quand il s'agit de décrire un Épisode dépressif majeur actuel.
- « **Ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution de...** » Ce critère d'exclusion indique qu'un trouble ne doit pas être diagnostiqué quand ses symptômes sont observés uniquement au cours de l'évolution d'un autre trouble. Par exemple, on ne peut pas faire un diagnostic distinct de démence si le tableau correspondant survient seulement pendant un Delirium ; de même un Trouble de conversion n'est pas diagnostiqué séparément s'il est observé seulement dans le cadre d'une Somatisation ; on ne fait pas non plus un diagnostic indépendant de Boulimie (Bulimia Nervosa) si ce tableau survient seulement pendant des épisodes d'Anorexie mentale. Ce critère d'exclusion est typiquement utilisé dans les cas où les symptômes d'un trouble donné représentent également des caractéristiques associées ou un sous-ensemble des symptômes d'un autre trouble qui est prioritaire dans la hiérarchie diagnostique. Même pendant des périodes de rémission partielle, le trouble qui est prioritaire dans la hiérarchie diagnostique doit être considéré comme étant encore en « évolution ». Cependant, le trouble qui serait exclu peut parfois être diagnostiqué séparément s'il survient de manière indépendante (p. ex., si le trouble prioritaire est en rémission complète).
- « **N'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., un médicament, une substance donnant lieu à abus) ou à une affection médicale générale.** » Ce critère d'exclusion indique que l'on doit d'abord rechercher et exclure comme étiologie une affection médicale générale ou l'induction par une substance avant de faire le diagnostic du trouble (p. ex., le Trouble dépressif majeur ne peut être diagnostiqué qu'après l'exclusion d'étiologies impliquant une affection médicale générale ou une substance).
- « ... **n'est pas mieux expliqué par...** » Ce critère d'exclusion indique que les troubles mentionnés doivent être pris en compte clans le diagnostic différentiel du tableau psychopathologique et que clans les cas limites le jugement

clinique doit déterminer le diagnostic le plus adapté. Dans ce cas, il est conseillé de se référer au paragraphe du chapitre correspondant portant sur le « diagnostic différentiel ».

Il est convenu dans le DSM-IV que des diagnostics multiples sont possibles quand le tableau répond aux critères de plusieurs troubles. Il existe trois cas où les critères d'exclusion mentionnés ci-dessus permettent d'établir une hiérarchie diagnostique (et s'opposent ainsi à des diagnostics multiples) ou bien attirent l'attention sur le diagnostic différentiel (et limitent les diagnostics multiples) :

- Si un Trouble mental dû à une affection médicale générale ou à un Trouble induit par une substance est à l'origine des symptômes, ce diagnostic a priorité sur celui du trouble mental primaire correspondant au même tableau clinique (p. ex., un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne exclut le diagnostic de Trouble dépressif majeur). Dans ce cas, un critère d'exclusion contenant la phrase « n'est pas dû aux effets physiologiques directs de... « figure parmi les critères du trouble primaire.
- Quand les symptômes principaux (ou accessoires) (l'un trouble envahissant (p. ex., la schizophrénie) incluent des symptômes qui définissent un trouble moins envahissant (p. ex., le Trouble dysthymique), un des trois critères (l'exclusion suivants figure dans les critères du trouble moins envahissant : « les critères de... n'ont jamais été remplis », « les critères de... ne sont pas remplis » ou « ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution de... ».
- Lorsque les frontières entre les diagnostics sont particulièrement mal définies, la phrase « ... n'est pas mieux expliqué par... » indique que c'est le jugement clinique qui doit déterminer le diagnostic le plus adapté. Par exemple, le Trouble panique avec agoraphobie inclut le critère « n'est pas mieux expliqué par une Phobie sociale » et, à l'inverse, la Phobie sociale comporte le critère « n'est pas mieux expliqué par un Trouble panique avec agoraphobie » pour traduire le fait que la frontière entre les deux diagnostics est particulièrement complexe. Dans certains cas, il peut être indiqué de porter les deux diagnostics.

Critères des troubles induits par une substance

Il est souvent difficile d'affirmer qu'un tableau clinique est induit par une substance, c'est-à-dire qu'il est la conséquence physiologique directe de l'intoxication ou du sevrage à une substance, de l'utilisation (l'un médicament ou de l'exposition à une substance toxique. Pour faciliter le diagnostic, les deux critères suivants figurent avec chaque Trouble induit par une substance. Ces critères visent à fournir des indications générales et permettent également au clinicien de déterminer si le tableau clinique est mieux expliqué par les effets physiologiques directs d'une substance. Pour plus de détails sur ce point, voir p. 241.

B. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires mettent en évidence (1) ou (2) :

(1) les symptômes sont apparus pendant l'intoxication ou le sevrage à une substance ou clans le mois qui a suivi

(2) l'utilisation d'un médicament est étiologiquement liée à la perturbation

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble non induit par une substance. Les éléments suivants peuvent indiquer qu'un trouble non induit par une substance rend mieux compte des symptômes : les symptômes ont précédé le début de l'utilisation de la substance (ou du médicament) ; les symptômes persistent de façon prolongée (p. ex., un mois environ) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère et sont nettement excessifs par rapport à ce que l'on pourrait attendre vu le type et la quantité de substance consommée ou la durée de la consommation ; ou bien d'autres arguments suggèrent l'existence d'un trouble indépendant qui n'est pas induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents qui ne sont pas liés à une substance).

Critères d'un trouble mental dû à une affection médicale générale

Le critère suivant a pour but de préciser les conditions étiologiques qui doivent être remplies pour les Troubles mentaux dus à une affection médicale générale (p. ex., un Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie). Pour plus de détails, voir p. 209.

Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires mettent en évidence que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

Critères de significativité clinique

La définition d'un *trouble mental* donnée dans l'introduction du DSM-IV stipule qu'il doit exister une souffrance ou une altération cliniquement significatives. Pour souligner l'importance de ce point, il y a pour la plupart des troubles un critère de significativité clinique (habituellement rédigé ainsi : « ... cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel, ou clans d'autres domaines importants »). Ce critère permet de définir un seuil pour le diagnostic d'un trouble dans les situations où le tableau clinique n'est pas pathologique en lui-même (notamment dans les formes cliniques mineures) et peut survenir chez des individus chez lesquels un diagnostic de « trouble mental » n'est pas justifié. L'évaluation de ce critère et en particulier l'appréciation du fonctionnement de la personne relèvent par essence d'un jugement clinique fin. 11 s'avère souvent nécessaire pour estimer les performances d'une personne de s'appuyer sur des informations provenant de membres de sa famille ou de tiers en plus de celles fournies par le sujet.

Types d'informations figurant dans le texte du DSM-IV

Le texte du DSM-IV décrit chaque trouble d'une manière systématique avec les paragraphes suivants : « caractéristiques diagnostiques », « sous-types et/ou spécifications », « procé-

dures d'enregistrement », « caractéristiques et troubles associés », « caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe », « prévalence », « évolution », « aspects familiaux » et « diagnostic différentiel ». Un paragraphe peut être omis si aucune information n'est disponible. Parfois, un paragraphe peut figurer dans l'introduction générale du chapitre traitant d'un ensemble de troubles si plusieurs de ces troubles partagent des caractéristiques communes.

Caractéristiques diagnostiques. Ce paragraphe clarifie le sens ries critères diagnostiques et fournit souvent des exemples pour les illustrer.

Sous-types et/ou spécifications. Ce paragraphe comporte des définitions et de brèves discussions concernant divers sous-types ou spécifications.

Procédures d'enregistrement. Ce paragraphe donne des instructions pour noter le nom du trouble et pour choisir et enregistrer le code diagnostique approprié selon la CIM-9-MC. Il donne aussi des indications pour employer les sous-types et/ou les spécifications utiles.

Caractéristiques et troubles associés. Ce paragraphe est habituellement divisé en trois parties :

- *Caractéristiques et troubles mentaux associés.* Cette section décrit des caractéristiques cliniques qui sont souvent associées au trouble mais qui ne sont pas considérées comme essentielles pour le diagnostic. Parfois, il s'agit de caractéristiques qui ont été proposées comme d'éventuels critères diagnostiques mais qui n'étaient pas assez sensibles ou spécifiques pour être retenues dans la version finale. Cette section inclut aussi d'autres troubles mentaux qui sont associés au trouble en question. Quand cela est connu, il est précisé si ces troubles associés précèdent le trouble en question, sont concomitants ou bien représentent une conséquence (p. ex., une démence persistante induite par l'alcool est une conséquence d'une Dépendance chronique à l'alcool). Si possible, cette section comporte aussi des informations sur les facteurs prédisposants et sur les complications.
- *Examens complémentaires.* Cette section donne des informations sur trois types d'examens complémentaires éventuellement utiles : 1) des examens complémentaires qui ont une valeur « diagnostique » — p. ex., des enregistrements polysomnographiques dans certains troubles du sommeil ; 2) des examens complémentaires qui n'ont pas de valeur diagnostique niais qui montrent des résultats anormaux chez une certaine proportion des patients par rapport à la population normale — p. ex., la taille des ventricules cérébraux, mesurée par imagerie cérébrale, en tant que validateur du « construct » de schizophrénie ; 3) des examens complémentaires perturbés lors de complications du trouble - par exemple un déséquilibre électrolytique chez des patients souffrant d'Anorexie mentale.
- *Examen physique et affections médicales générales.* Cette section apporte des informations sur les symptômes relevés dans les antécédents ou sur les signes notés lors de l'examen physique qui peuvent avoir une signification diagnostique sans pour autant être essentiels - par exemple des érosions des dents dans la Boulimie (Bulimia Nervosa). Les troubles qui sont codés en

dehors du chapitre sur les « Troubles mentaux et troubles du comportement » de la CIM mais qui sont associés au trouble en question sont aussi inclus ici. Comme pour les troubles mentaux associés, le type d'association (antériorité, concomitance, conséquence) est indiqué s'il est connu — la cirrhose est par exemple une conséquence de la Dépendance à l'alcool.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe. Ce paragraphe fournit au clinicien des renseignements sur les formes cliniques en rapport avec l'environnement culturel, l'âge (petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, troisième âge) ou le sexe. Ce paragraphe comporte aussi des informations sur la prévalence du trouble en fonction de la culture, de l'âge et du sexe (p. ex., le rapport de la prévalence chez la femme et chez l'homme ou sex-ratio).

Prévalence. Ce paragraphe expose ce qui est connu en matière de prévalence instantanée, de prévalence sur la vie entière, d'incidence et de risque de survenue pendant l'existence. Si possible, cette information est fournie pour différents échantillons (p. ex., dans la population générale, dans le cadre des soins primaires, dans les consultations spécialisées de soins ambulatoires, en hospitalisation psychiatrique).

Évolution. Ce paragraphe décrit les modalités typiques du tableau clinique *et* de l'évolution du trouble pendant l'existence. Il s'agit d'informations sur *l'âge* et *le mode de début* typiques (p. ex., brutal ou insidieux), sur le mode évolutif — *épisodique* ou *continu,* sur la *survenue* sous la forme *d'épisodes isolés* ou *récurrents,* sur la *durée* habituelle de la maladie et de ses épisodes, et enfin sur la *progression* habituelle au fil du temps (stabilisation, aggravation ou amélioration).

Aspects familiaux. Ce paragraphe aborde les données concernant la fréquence des troubles chez les parents au premier degré des patients par rapport à la population générale. Les autres troubles qui ont aussi tendance à être observés plus souvent dans la famille des patients sont également mentionnés. L'information concernant la nature véritable du trouble (p. ex., données en provenance d'études de jumeaux, modes de transmission génétique connus) est aussi fournie dans cette section.

Diagnostic différentiel. Ce paragraphe discute la manière de distinguer le trouble en question des autres troubles pouvant avoir une présentation similaire.

Organisation et plan du DSM-IV

Le DSM-IV distingue 16 classes diagnostiques majeures de troubles (p. ex., les Troubles liés à une substance, les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux) et comporte en plus un chapitre supplémentaire pour les autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique ».

Le premier chapitre est consacré aux « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première, la deuxième enfance ou *l'adolescence* ». La présence d'une classe diagnostique fondée sur l'âge de survenue répond à un souci de facilité et n'a pas de caractère contraignant. Bien que les troubles de ce chapitre se manifestent habituellement dès l'enfance ou l'adolescence, certains patients (p. ex., dans le cas du Trouble déficitaire de l'attention/Hyperactivité) peuvent ne faire l'objet d'un examen qu'a l'âge

adulte. Inversement, il n'est pas rare que d'autres troubles classés dans d'autres chapitres débutent dès l'enfance ou l'adolescence (p. ex., Trouble dépressif majeur, Schizophrénie, Trouble anxieux généralisé). Les praticiens qui travaillent essentiellement avec des enfants et des adolescents doivent donc connaître l'ensemble du manuel ; de la même façon, ceux qui travaillent surtout avec des adultes doivent néanmoins être familiarisés *avec ce* premier chapitre.

Les trois chapitres suivants — « Delirium, Démence, Troubles amnésiques et autres Troubles cognitifs », « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » et « Troubles liés à une substance » — étaient tous regroupés clans le DSM-III-R au sein du seul chapitre des « Troubles mentaux organiques ». Le terme de « Trouble mental organique » n'est plus utilisé dans le DSM-IV car il laissait supposer à tort que les autres troubles mentaux n'ont pas de substrat biologique. Comme dans le DSM-III-R, ces chapitres sont placés dans le manuel avant les autres troubles car ils sont prioritaires pour le diagnostic différentiel (p. ex., une humeur dépressive liée à l'utilisation d'une substance doit être exclue avant tout diagnostic de Trouble dépressif majeur). Pour faciliter le diagnostic différentiel, des listes exhaustives des troubles mentaux dus à une affection médicale générale et des troubles liés à une substance figurent clans ces chapitres, tandis que le texte et les critères correspondants sont renvoyés aux chapitres traitant des troubles mentaux qui ont des symptômes similaires et qui font l'objet d'un diagnostic différentiel. Ainsi, le texte et les critères correspondant aux Troubles de l'humeur liés à une substance figurent dans le chapitre consacré aux Troubles de l'humeur.

Tous les autres chapitres (hormis les Troubles de l'adaptation) sont organisés selon un principe qui est de regrouper les troubles en fonction de leur sémiologie commune afin de faciliter le diagnostic différentiel. Le chapitre sur les « Troubles de l'adaptation repose sur un principe différent car il associe des troubles qui partagent une étiologie commune (dans ce cas une réaction inadaptée à un facteur de stress). Les Troubles de l'adaptation comprennent de ce fait des tableaux cliniques hétérogènes (p. ex., Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, Trouble de l'adaptation avec anxiété, Trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites).

Enfin, le DSM-IV comporte un chapitre pour les « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique ».

Le DSM-IV comprend 11 annexes :

Annexe A : Arbres de décision pour le diagnostic différentiel. Cette Annexe présente six arbres de décision (pour les Troubles mentaux dus à une affection médicale générale, les Troubles induits par une substance, les Troubles psychotiques, les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux et les Troubles somatoformes). Ils ont pour but d'aider le clinicien à faire un diagnostic différentiel et à comprendre la structure hiérarchique du DSM-IV.

Annexe B : Critères et axes proposés pour des études supplémentaires. Cette Annexe comporte diverses propositions dont l'inclusion éventuelle clans le DSM-IV a été discutée. Des textes brefs et des critères diagnostiques de recherche sont présentés pour les entités suivantes : le trouble post-commotionnel, le trouble neuro-cognitif léger, le sevrage à la caféine, le trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie, le trouble détériorant simple, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur, le trouble dépressif récurrent bref, le trouble mixte anxiété-dépression, le trouble factice par procuration, les états (le transe dissociative, l'Hyperphagie bouli-

mique (« binge eating »), la personnalité dépressive, la personnalité passive- agressive, le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques, le syndrome malin des neuroleptiques, la dystonie aiguë induite par les neuroleptiques, l'akathisie aiguë induite par les neuroleptiques, les dyskinésies tardives induites par les neuroleptiques, et le tremblement d'attitude induit par un médicament. De plus, un choix de dimensions pour décrire la schizophrénie et un Critère alternatif B pour le trouble dysthymique figurent dans cette annexe. Enfin, trois axes sont proposés l'Échelle de fonctionnement défensif, l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel [EGFR][3] et l'Échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel [EFSP][4]*.

Annexe C : Glossaire des termes techniques. Cette Annexe comporte des définitions de certains termes afin d'aider l'utilisateur à appliquer les critères diagnostiques.

Annexe D : Liste des modifications figurant dans le texte révisé du DSM-IV. Cette Annexe parcourt les changements résultant du processus de révision du texte du DSM-IV.

Annexe E : Liste alphabétique des diagnostics et des codes du DSM-IV-TR. Il s'agit d'une liste alphabétique des troubles et des affections du DSM-IV (avec les codes selon la CIM-9-MC). Cette liste a pour but de faciliter la recherche des codes diagnostiques.

Annexe F : Liste numérique des diagnostics et des codes du DSM-IV-TR avec les codes de la CIM-10. Il s'agit d'une liste des diagnostics et des affections du DSM-IV selon le numéro de leur code diagnostique (CIM-9-MC). Cette liste vise à faciliter la recherche du nom des catégories diagnostiques.

Annexe G (Version originale américaine) : Codes CIM-9-MC pour une sélection d'affections médicales générales et de troubles induits par un médicament. Cette Annexe contient une liste des codes de la CIM-9-MC pour diverses affections médicales générales et sert à faciliter le codage sur l'Axe III. Cette Annexe indique aussi les codes E de la CIM-9-MC pour divers médicaments qui peuvent provoquer des troubles iatrogènes à close thérapeutique. Les codes E peuvent, si on le souhaite, être enregistrés sur l'Axe I à la suite du trouble en question (p. ex., 292.39 Trouble de l'humeur induit par un contraceptif oral, avec caractéristiques dépressives ; E932.2 contraceptifs oraux).

Annexe G (Version internationale) : Classification du DSM-IV avec les codes de la CIM-9. Cette Annexe contient toute la classification du DSM-IV avec les codes de la CIM-9 pour les personnes travaillant dans des pays où la CIM-9 reste la nomenclature officielle.

: La nomenclature officielle étant en France la CIM-10, nous n'avons pas retenu cette annexe dans la version française du Manuel.

---

3. Angl. *Global Assessment of Relational Functioning Scale* ou GARF.
4. Angl. *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* ou SOFAS.

Annexe H (Version originale américaine) : Classification du DSM-IV-TR avec les codes de la CIM-10. Lors de la publication de la révision du texte du DSM-IV (à la fin du printemps 2000), le système officiel de codage utilisé aux États-Unis est encore la *Classification Internationale des Maladies, Neuvième Révision Modifications Cliniques* (CIM-9-MC). Dans le reste du monde, le plus souvent, le système officiel de codage est la *Classification Statistique Internationale des maladies et problèmes de santé connexes, dixième édition* (CIM-10 ou ICD-10). Cette annexe contient l'ensemble de la classification du DSM-IV avec les codes diagnostiques de la CIM-10 pour faciliter l'usage international du DSM-IV.

Annexe H (Version internationale) : Classification du DSM-IV avec les codes de la CIM-9-MC. Cette Annexe contient toute la classification du DSM-IV avec les codes de la CIM-9-MC pour les personnes travaillant dans des pays où la CIM-9-MC reste la nomenclature officielle. La version standard du DSM-1V publiée aux États-Unis continuera à utiliser les codes diagnostiques de la CIM-9-MC tant que le gouvernement américain n'aura pas remplacé l'usage de la CIM-9 par celui de la CIM-10, ce qui ne devrait pas survenir avant l'an 2000.

Avertissement des traducteurs : La classification du DSM-IV est présentée p. 15 et suivantes avec les codes de la CIM-10 et, entre crochets, ceux de la CIM-9-MC. Cette présentation rend inutile l'Annexe H dans la version française de l'ouvrage.

Annexe I : Esquisse d'une formulation en fonction de la culture et Glossaire des syndromes propres à une culture donnée. Cette Annexe comporte deux parties. La première présente un aperçu des aspects culturels afin d'aider le clinicien à apprécier et à noter correctement le rôle du contexte culturel du patient. La deuxième partie est un glossaire de divers syndromes propres à une culture donnée.

Annexe J : Collaborateurs du DSM-IV. Il s'agit d'une liste des conseillers, des participants aux études sur le terrain et des autres personnes ou organismes qui ont contribué au développement du DSM-IV.

Annexe K : Conseillers pour la révision du texte du DSM-IV. Dans cette annexe figurent les noms des conseillers qui ont contribué à la révision du texte du DSM-IV.

La classification du DSM-IV-TR

(avec les codes de la CIM-10 et de la CIM-9-MC)

N.-B. : Les codes de la CIM-10 sont suivis des codes DSM (CIM-9-MC) entre crochets.

N.S. = Non spécifié.

Un X figurant clans un code diagnostique indique qu'un chiffre spécifique est demandé.

Une parenthèse ( ) figure clans l'intitulé de certains troubles pour indiquer que le nom d'un trouble mental spécifique ou d'une affection médicale générale doit être inséré lorsqu'on enregistre le terme (p. ex., F05.0 [293.0] Delirium dû à une hypothyroïdie).

Les chiffres entre parenthèses indiquent les numéros de page.

Si les critères sont actuellement réunis, une des spécifications suivantes concernant la sévérité peut être notée après le diagnostic :

Léger
Moyen
Sévère

Si les critères ne sont plus réunis, une des spécifications suivantes peut être retenue :

En rémission partielle
En rémission complète
Antécédents

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (45)

RETARD MENTAL (47)
N.-B. : *A coder sur l'Axe II*
F70.x [317] Retard mental léger (49)
F71.x [318.0] Retard mental moyen (49)
F72.x [318.1] Retard mental grave (50)
F73.x [318.2] Retard mental profond (50)
F79.x [319] Retard mental, sévérité non spécifiée (50)

TROUBLES DES APPRENTISSAGES (56)
F81.0 [315.001 Trouble de la lecture (58)
F81.2 [315.1] Trouble du calcul (61)
F81.8 [315.2] Trouble de l'expression écrite (62)
F81.9 [315.9] Trouble des apprentissages NS (65)

TROUBLE DES HABILETÉS MOTRICES (65)
F82 [315.4] Trouble de l'acquisition de la coordination (05)

1. Figure en annexe H de la version originale.

TROUBLES DE LA COMMUNICATION (67)
F80.1 [315.31] Trouble du langage de type expressif (67)
F80.2 [315.32] Trouble du langage de type mixte, réceptif/ expressif (71)
F80.0 [315.39] Trouble phonologique (75)
F98.5 [307.0] Bégaiement (78)
F80.9 [307.9] Trouble de la communication, NS (80)

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (80)
F84.0 [299.00] Trouble autistique (81)
F84.1 [299.80] Autisme atypique (99)
F84.2 [299.80] Syndrome de Rett (88)
F84.3 [299.10] Trouble désintégratif de l'enfance (90)
F84.5 [299.80] Syndrome d'Asperger (93)
F84.9 1299.80] Trouble envahissant du développement NS (99)

TROUBLES : DÉFICIT DE L'ATTENTION ET COMPORTEMENT PERTURBATEUR (99)
___·___{314.xx] Déficit de l'attention/ hyperactivité (99)
F90.0 [.01] type mixte (102)
F90.0 1 .00] type inattention prédominante (102)
F90.0 [.01] type hyperactivité-impulsivité prédominante (102)
F90.9 [314.9] Déficit de l'attention/ hyperactivité NS (109)
F91.x [312. xx] Trouble des conduites (110)
.81] à début pendant l'enfance
[.82] à début pendant l'adolescence
[.89] à début non spécifié
F91.3 [313.81] Trouble oppositionnel avec provocation (117)
F91.9 [312.9] Trouble comportement perturbateur NS (121)

TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES DE LA PREMIÈRE OU DE LA DEUXIÈME ENFANCE ([21)
F98.3 [307.52] Pica (121)
F98.2 [307.53] Mérycisme (123)
F98.2 [307.59] Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance (125)

TICS (128)
F95.2 [307.23] Syndrome de Gilles de la Tourette (130)
F95.1 [307.22] Tic moteur ou vocal chronique (134)
F95.0 [307.21] Tic transitoire (135)
Spécifier si : Épisode isolé/ Récurrent
F95.9 [307.20] Tic NS (136)

TROUBLES DU CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN (136)
Encoprésie (136)
R15 [787.6] Avec constipation et incontinence par débordement (136)
F98.1 [307.7] Sans constipation ni incontinence par débordement (137)
F98.0 [307.6] Énurésie (non due à une affection médicale générale) (138)
Spécifier le type
Exclusivement nocturne/ Exclusivement diurne/ Nocturne et diurne

AUTRES TROUBLES DE LA PREMIÈRE ENFANCE, DE LA DEUXIÈME ENFANCE OU DE L'ADOLESCENCE (141)
F93.0 [309.21] Anxiété de séparation (141)
Spécifier si : début précoce
F94.0 {313.23} Mutisme sélectif (146)
F94.x 013.89] Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance (148)
Spécifier le type: inhibé/ désinhibé

F98.4 [307.3] Mouvements stéréotypés (152)
Spécifier si Avec comportement d'automutilation

F98.9 [313.9] Trouble de la première F89 enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence NS (156)

rium, Démence, ble amnésique autres Troubles itifs (157)

DELIRIUM (158)

F05.0 [293.0] Delirium dû à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (164)

F1x.03 Delirium dû à l'intoxication par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (166)

F1x.4x Delirium dû au sevrage d'une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (169)

Delirium dû à des étiologies multiples *(coder chaque étiologie spécifique)* (170)

F05.9 [780.09] Delirium NS (171)

DÉMENCE (171)

F00.0x [294.1x] [1] Démence de type Alzheimer, à début précoce *(coder aussi la maladie d'Alzheimer G30.0 [331.0] sur l'Axe III)* (179)

.00 [.10] Sans perturbation du comportement

.00 [.11] Avec perturbation du comportement

.01 [.12] Avec idées délirantes

.03 [.13] Avec humeur dépressive

Spécifier si : Avec perturbation du comportement

F00.1x [294.1x] Démence de type Alzheimer, à début tardif *(coder aussi la maladie d'Alzheimer G30.1 1331.01 sur l'Axe III)* (179)

.10[.10] Sans perturbation du comportement

.11 [.11] Avec perturbation du comportement

F01.xx [290.4x] Démence vasculaire (183)

.x0 [.40] Non compliquée (184)

.x1 [.41] Avec delirium (184)

.x1 [.42] Avec idées délirantes

.x3 [.43] Avec humeur dépressive

Spécifier si : Avec perturbation du comportement

Coder la présence ou l'absence d'une perturbation du comportement au cinquième chiffre pour Démence due à une affection médicale générale (187)

0 = Sans perturbation du comportement

1 = Avec perturbation du comportement

F02.4 [294.1x] Démence due à la maladie du V1H *(coder aussi l'infection du système nerveux central par le VIII 042 sur l'Axe III)* (189)

F02.8 [294.1x] Démence due à un traumatisme crânien *(coder aussi la lésion*

1. Codes CIM-9-CM appliqués à partir du 1" octobre 2000.

cérébrale S09.9 / 854.00] sur l'Axe *III)* (189)
F02.3 [294.1x] [1] Démence due à la maladie de Parkinson *(coder aussi la maladie de Parkinson G20 sur l'Axe III)* (190)
F02.2 [294.1x] Démence due à la maladie de Huntington *(coder aussi la maladie de Huntington G10 sur l'Axe III)* (190)
F02.0 [294.1x] [1] Démence due à la maladie de Pick *(coder aussi la maladie de Pick G31.0 sur l'Axe III)* (191)
F02.1 [294.1x] [1] Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob *(coder aussi la maladie de Creutzfeldt-Jakob A81.0 sur l'Axe III)* (192)
F02.8 [294 1x] Démence due à... *[Indiquer l'affection médicale générale non citée ci-dessus] (Coder aussi l'affection médicale générale sur l'Axe III)* (193)
F1x.73 [ ] Démence persistante induite par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (195)
F02.8 [ ] Démence due 3 des étiologies multiples *(code• chaque étiologie spécifique F0.02)* (197)
F03 [294.8] Démence NS (198)

TROUBLES AMNÉSIQUES (199)
F04 294.0] Trouble amnésique dû à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (202)
Spécifier : transitoire/ chronique
F1x.6 Tro uble amnésique persistant induit par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (204)
R41.3 [294.8] Trouble amnésique NS (207)

AUTRES TROUBLES COGNITIFS (207)
F06.x [294.9] Trouble cognitif NS (207)
F07.x

Troubles mentaux dus à une affection médicale générale non classée ailleurs (209)

F06.1 [293.89] Trouble catatonique dû *à... [Indiquer l'affection médicale générale] (213)*
F07.0 *[310.1]* Modification de la personnalité due *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (215)
Spécifier le type : labile/ désinhibé/agressif/apathique/ paranoïaque/autre type/type combiné/type non spécifié
F09 [293.9] Trouble mental NS dû à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (219)

Troubles liés à une substance (221)

Les spécifications suivantes peuvent s'appliquer à la Dépendance à une substance

1. Cocles CIM-9-CM appliqués à partir du 1" octobre 2000.

[a] Avec dépendance physique/Sans dépendance physique
[b] Rémission précoce complète/Rémission précoce partielle/Rémission prolongée complète/ Rémission prolongée partielle
[c] En environnement protégé
[d] Traitement par agoniste

Les spécifications suivantes s'appliquent aux Troubles induits par une substance comme suit :
'Avec début pendant l'intoxication/ 'Avec début pendant le sevrage

TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL (245)

Troubles liés à l'utilisation d'alcool (246)
F10.2x [303.90] Dépendance alcoolique [a, h] (246)
F10.1 [305.00] Abus d'alcool (247)
Troubles induits par l'alcool (247)
F10.0x [303.00] Intoxication alcoolique (247)
F10.3x [291.81] Sevrage alcoolique (248)
Spécifier si : Avec perturbation des perceptions
F10.03 [291.0] Delirium par intoxication alcoolique (166)
F10.4x [291.0] Delirium du sevrage alcoolique (168)
F10.73 [291.2] Démence persistante induite par l'alcool (195)
F10.6 [291.1] Trouble amnésique persistant induit par l'alcool (204)
F10.5x [291.x] Trouble psychotique induit par l'alcool (392)
.51 [.5] Avec idées délirantes
.52 [.3] Avec hallucinations''''
F10.8 [291.89] Trouble de l'humeur induit par l'alcool (466)
F10.8 [291.89] Trouble anxieux induit par l'alcool [i] (553)
F10.8 [291.89] Dysfonction sexuelle induite par l'alcool' (649)
F10.8 [291.89] Trouble du sommeil induit par l'alcool [i, s] (757)
F10.9 [291.9] Trouble lié à l'alcool NS (257)

TROUBLES LIÉS À L'AMPHÉTAMINE (OU AUX AMPHÉTAMINIQUES) (257)

Troubles liés à l'utilisation d'amphétamine (259)
F15.2x [304.40] Dépendance à l'amphétamine [a, h, c] (259)
F15.1 [305.70] Abus d'amphétamine (260)
Troubles induits par l'amphétamine (260)
F15.0x [292.89] Intoxication à l'amphétamine (260)
F15.04 *Spécifier si* Avec perturbations des perceptions
F15.3x [292.0] Sevrage à l'amphétamine (262)
F15.03 [292.81] Delirium par intoxication à l'amphétamine (166)
F15.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par l'amphétamine (392)
.51 [.11] Avec idées délirantes'
.52 [.12] Avec hallucinations'
F15.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par l'amphétamine [i, s] (466)
F15.8 [292.89] Trouble anxieux induit par l'amphétamine' (553)
F15.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine' (649)
F15.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par l'amphétamine [i, s] (757)
F15.9 [292.9] Trouble lié à l'amphétamine NS (266)

TROUBLES LIÉS À LA CAFÉINE (267)

Troubles induits par la caféine (267)
F15.0x [305.90] Intoxication à la caféine (267)
F15.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la caféine' (553)
F15.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la caféine' (757)
F15.9 [292.9] Trouble lié à la caféine NS (271)

TROUBLES LIÉS AU CANNABIS (271)
F12.2x [304.30] Dépendance au cannabis (272)
F12.1 [305.20] Abus de cannabis (273)
Troubles liés à l'utilisation de cannabis (272)
F12.0x [292.89] Intoxication au cannabis (273)
F12.04 *Spécifier si :* Avec perturbations des perceptions
F12.03 [292.81] Delirium par intoxication au cannabis (166)
F12.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par le cannabis (392)
.51 [.11] Avec idées délirantes'
.52 [.12] Avec hallucinations'
F12.8 [292.89] Trouble anxieux induit par le cannabis' (553)
F12.9 [292.9] Trouble lie au cannabis NS (278)

TROUBLES LIÉS À LA COCAÏNE (279)

Troubles liés à l'utilisation de cocaïne (280)
F14.2x [304.20] Dépendance à la cocaïne (280)
F14.1 [305.60] Abus de cocaïne (281)
Troubles induits par la cocaïne (281)
F14.0x [292.89] Intoxication à la cocaïne (281)
F14.04 *Spécifier si :* Avec perturbations des perceptions
F14.3x [292.0] Sevrage à la cocaïne (283)
F14.03 [292.81] Delirium par intoxication à la cocaïne (166)
F14.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par la cocaïne (392)
.51 [.11] Avec idées délirantes'
.52 [.12] Avec hallucinations'
F14.8 [292.841 Trouble de l'humeur induit par la cocaïne (466)
F14.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la cocaïne (553)
F14.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne' (649)
F14.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la cocaïne (757)
F14.9 [292.9] Trouble lié à la cocaïne NS (289)

TROUBLES LIÉS AUX HALLUCINOGÈNES (289)

Troubles liés à l'utilisation des hallucinogènes (290)
F16.2x [304.50] Dépendance aux hallucinogènes (290)
F16.1 [305.30] Abus d'hallucinogènes (291)
Troubles induits par les hallucinogènes (292)
F16.0x [292.89] Intoxication aux hallucinogènes (292)
F16.70 [292.89] Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flashbacks) (294)
F16.03 [292.81] Delirium par intoxication aux hallucinogènes (166)
F16.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par les hallucinogènes (392)
.51 [.11] Avec idées délirantes'
.52 [.12] Avec hallucinations'
F16.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par *les* hallucinogènes' (466)
F16.8 [292.89] Trouble anxieux induit par les hallucinogènes' (553)
F16.9 [292.9] Trouble lié aux hallucinogènes NS (297)

TROUBLES LIÉS AUX SOLVANTS VOLATILS (297)

Troubles liés à l'utilisation de solvants volatils (299)
F18.2x [304.60] Dépendance à des solvants volatils (299)
F18.1 [305.90] Abus de solvants volatils (300)

Troubles induits par des solvants volatils (300)

F18.0x [292.89] Intoxication par des solvants volatils (300)

F18.03 [292.81] Delirium par intoxication aux solvants volatils (166)

F18.73 [292.82] Démence persistante induite par des solvants volatils (195)

F18.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par des solvants volatils (392)

.51 [.11] Avec idées délirantes'

.52 [.12] Avec hallucinations'

F18.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils' (466)

F18.8 [292.89] Trouble anxieux induit par des solvants volatils' (553)

F18.9 [292.9] Trouble lié à des solvants volatils NS (305)

TROUBLES LIÉS À LA NICOTINE (305)

Troubles liés à l'utilisation de nicotine (306)

F17.2x [305.1x] Dépendance à la nicotine [a, b] (306)

Trouble induit par la nicotine (307)

F17.3x [292.0] Sevrage à la nicotine (307)

F17.9 [292.9] Trouble lié à la nicotine NS (311)

TROUBLES LIÉS AUX OPIACÉS (312)

Troubles liés à l'utilisation d'opiacés (313)

F11.2x [304.00] Dépendance aux opiacés [a, b, d] (313)

F11.1 [305.50] Abus d'opiacés (314)

Troubles induits par les opiacés (314)

F11.0x [292.89] Intoxication aux opiacés (314)

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F11.3x [292.0] Sevrage aux opiacés (315)

F11.03 [292.81] Delirium par intoxication aux opiacés (166)

F11.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par les opiacés (392)

.51 [.11] Avec idées délirantes'

.52 [.12] Avec hallucinations'

F11.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par les opiacés' (466)

F11.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par les opiacés' (649)

F11.8 [292.89] Trouble de sommeil induit par les opiacés' (757)

F11.9 [292.9] Trouble lié aux opiacés NS (321)

TROUBLES LIÉS À LA PHENCYCLIDINE (OU AUX SUBSTANCES SIMILAIRES) (322)

Troubles liés à l'utilisation de phencyclidine (323)

F19.2x [304.60] Dépendance à la phencyclidine [a, b] (323)

F19.1 [305.90] Abus de phencyclidine (324)

Troubles induits par la phencyclidine (324)

F19.0x [292.89] Intoxication à la phencyclidine (324)

F19.04 *Spécifier si :* Avec perturbations des perceptions

F19.03 [292.81] Delirium par intoxication à la phencyclidine (166)

F19.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par la phencyclidine (392)

.51 [.11] Avec idées délirantes'

.52 [.12] Avec hallucinations'

F19.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine' (466)

F19.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la phencyclidine' (553)

F19.9 [292.9] Trouble lié à la phencyclidine NS (328)

TROUBLES LIÉS AUX SÉDATIFS, HYPNOTIQUES OU ANXIOLYTIQUES (328)

Troubles liés à l'utilisation des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (330)

F13.2x [304.10] Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques[a,] (330)

F13.1 [305.40] Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (331)

Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (332)

F13.0x [292.89] Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (332)

F13.3x [292.0] Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (333)

spécifier si Avec perturbations des perceptions

F13.03 [292.81] Delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (166)

F13.4x [292.81] Delirium du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (168)

F13.73 [292.82] Démence persistante induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (195)

F13.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (204)

F13.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (392)

.51 [.11] Avec idées délirantes[ti]

.52 [.12] Avec hallucinations"

F13.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (466)

F13.8 [292.89] Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques[s] (553)

F13.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques' (649)

F13.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques [s] (757)

F13.9 [292.9] Trouble lié aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques NS (339)

TROUBLE LIÉ À PLUSIEURS SUBSTANCES (340)

F19.2x [304.80] Dépendance à plusieurs substances[a,b,] (340)

TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE AUTRE (OU INCONNUE) (340)

Troubles liés à l'utilisation d'une substance autre (ou inconnue) (222)

F19.2x [304.90] Dépendance à une substance autre (ou inconnue)[a,b,d] (222)

F19.1 [305.90] Abus d'une substance autre (ou inconnue) (229)

Troubles induits par une substance autre (ou inconnue) (231)

F19.0x [292.89] Intoxication par une substance autre (ou inconnue) (231)

F19.04 Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F19.3x [292.0] Sevrage à une substance autre (ou inconnue) (232)

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F19.03 [292.81] Delirium par intoxication à une substance autre (ou inconnue) (166)

F19.4x Delirium du sevrage à une substance autre (ou inconnue) (168)
F19.73 [292.82] Démence persistante induite par une substance autre (ou inconnue) (195)
F19.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par une substance autre (ou inconnue) (204)
F19.5x [292.xx] Trouble psychotique induit par une substance autre (ou inconnue) (392)
.51 [.11] Avec idées délirantes[1]
.52 [.12] Avec hallucinations[1,8]
F19.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par une substance autre (ou inconnue) (466)
F19.8 [292.89] Trouble anxieux induit par une substance autre (ou inconnue)[1,8] (553)
F19.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par une substance autre (ou inconnue) (649)
F19.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par une substance autre (ou inconnue)[1] (757)
F19.9 [292.9] Trouble lié à une substance autre (ou inconnue) NS (340)

Schizophrénie et autres troubles psychotiques 43)

F20.xx [295.xx] Schizophrénie (344)

La classification suivante de l'évolution longitudinale s'applique à tous les sous-types de schizophrénie[1] :

1 = Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes (*spécifier si :* Avec symptômes négatifs prononcés)/3 = épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
0 = Continue (*spécifier si :* Avec symptômes négatifs prononcés)
4 = Épisode isolé en rémission partielle (*spécifier si :* Avec symptômes négatifs prononcés)/Épisode isolé en rémission complète
8 = Autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié

F20.0x [295.30] type paranoïde (362)
F20.1x [295.10] type désorganisé (363)
F20.2x [295.20] type catatonique (364)
F20.3x [295.90] type indifférencié (365)
F20.5x [295.60] type résiduel (366)
F20.8 [295.40] Trouble schizophréniforme (367)
Spécifier si : Sans caractéristiques de bon pronostic/Avec caractéristiques de bon pronostic
F25.x [295.70] Trouble schizo-affectif (369)
Spécifier le type type bipolaire/type dépressif
F22.0 [297.1] Trouble délirant (374)
Spécifier le type type érotomaniaque/type mégalomaniaque/à type de jalousie/à type de persécution/type somatique/type mixte/type non spécifié
F23.8x [298.8] Trouble psychotique bref (381)
Spécifier si Avec facteurs de stress marqués/Sans facteurs de stress marqués/Avec début lors du post-partum
F24 [297.3] Trouble psychotique partagé (385)
F06.x [293.xx] Trouble psychotique dû *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (387)
.2 [.81] Avec idées délirantes
.0 [.82] Avec hallucinations

1. Au 5' caractère de la CIM-10.

F1x.5 [ ] Trouble psychotique induit par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance) (392)*
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication/Avec début pendant le sevrage

F29 [298.9] Trouble psychotique NS (397)

Troubles de l'humeur (399)

Pour le codage selon la CIM-10[1] coder l'état actuel du Trouble dépressif majeur ou du Trouble bipolaire I au 4e caractère : 0 = Léger, 1 = Moyen, 2 = Sévère sans caractéristiques psychotiques, 3 = Sévère avec caractéristiques psychotiques.
Pour les procédures d'enregistrement voir p. 401 (Trouble dépressif majeur) et p. 442 (Trouble bipolaire)

Spécifier : Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur/caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
4 = En rémission partielle
5 = En rémission complète
9 = Non spécifié

Les spécifications suivantes s'appliquent aux Troubles de l'humeur (pour l'épisode actuel ou pour l'épisode le plus récent) :
[a] Sévérité/Psychotique/en rémission/[b] chronique/[c] Avec caractéristiques catatoniques/[d] Avec caractéristiques mélancoliques/[e] Avec caractéristiques atypiques/[f] Avec début lors du post-partum

Les spécifications suivantes s'appliquent aux Troubles de l'humeur :
Avec ou sans guérison complète entre les épisodes/[b] Avec caractère saisonnier/Avec cycles rapides

TROUBLES DÉPRESSIFS (426)

F3x.x [296.xx] Trouble dépressif majeur (426)

F32.x .2x] Épisode isolé[a, b, c, d, e, f, g, h] (433)

F33.x .3x] Récurrent[a, b, c, d, e, f, g, h] (434)

F34.1 [300.4] Trouble dysthymique (435)
Spécifier si Début précoce/Début tardif
Spécifier Avec caractéristiques atypiques

F32.9 [311] Trouble dépressif NS
F33.9 (440)

TROUBLES BIPOLAIRES (441)

F3x.x [296.xx] Trouble bipolaire I (441)

F30.x [.0x] Épisode maniaque isolé[a, b, c, d, e, f, g, h] (447)
Spécifier si : mixte

F31.0 [.40] Épisode le plus récent hypomaniaque[a, b, c, d, e, f, g, h] (448)

F31.x [.4x] Épisode le plus récent maniaque[a, b, c, d, e, f, g, h] (448)

F31.6 [.6x] Épisode le plus récent mixte[a, b, c, d, e, f, g, h] (449)

F31.x .5x] Épisode le plus récent dépressif[a, b, c, d, e, f, g, h] (450)

F31.9 .7] Épisode le plus récent non spéficié[a, b, c, d, e, f, g, h] (451)

F31.8 [296.89] Trouble bipolaire II[a, b, c, d, e, f, g, h] (452)
Spécifier (épisode actuel ou le plus récent) :
Hypomaniaque/Dépressif

F34.0 [301.13] Trouble cyclothymique (458)

F31.9 [296.80] Trouble bipolaire NS (461)
F30.9

1. N.d.T. : Pour le codage selon la CIM-9-MC coder l'état actuel du Trouble dépressif majeur ou du Trouble bipolaire I au 5e chiffre : 1 = léger, 2 = moyen, 3 = sévère sans caractéristiques psychotiques, 4 = sévère avec caractéristiques psychotiques, 5 = en rémission partielle, 6 = en rémission complète, 0 = NS.

AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR (461)

F06.3x [293.83] Trouble de l'humeur dû *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (461)
Spécifier le type
.32 Avec caractéristiques dépressives ou épisode d'allure de dépression majeure
.30 Avec caractéristiques maniaques
.33 Avec caractéristiques mixtes

F1x.8 [___] Trouble de l'humeur induit par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (466)
Spécifier le type Avec caractéristiques dépressives/Avec caractéristiques maniaques/Avec caractéristiques mixtes
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication/Avec début pendant le sevrage

F39 [296.90] Trouble de l'humeur NS (471)

Troubles anxieux (493)

F41.0x [300.01] Trouble panique sans Agoraphobie (498)

F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie (498)

F40.00 [300.22] Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique (507)

F40.2 [300.29] Phobie spécifique (510)
Spécifier le type : Type animal/Type environnement naturel/Type sang, injection, accident/Type situationnel/Autre type

F40.1 [300.23] Phobie sociale (518)
Spécifier si : généralisée

F42.x [300.3] Trouble obsessionnel-compulsif (525)
Spécifier si Avec peu de prise de conscience

F43.1 [309.81] État de stress post-traumatique (533)
Spécifier si : Aigu/Chronique
Spécifier si : Avec survenue différée

F43.0 [308.3] État de stress aigu (540)

F41.1 [300.02] Anxiété généralisée (545)

F06.4 [293.84] Trouble anxieux dû à... (550)
[Indiquer l'affection médicale générale]
Spécifier si : Avec Anxiété généralisée/Avec attaques de panique/Avec symptômes obsessionnels-compulsifs

F1x.8 [___.] Trouble anxieux induit par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (553)
Spécifier si : Avec Anxiété généralisée/Avec attaques de panique/Avec symptômes obsessionnels-compulsifs/Avec symptômes phobiques
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication/Avec début pendant le sevrage

F41.9 [300.00] Trouble anxieux NS (558)

Troubles somatoformes (561)

F45.0 [300.81] Trouble somatisation (562)

F45.1 [300.82] Trouble somatoforme indifférencié (567)

F44.x [300.11] Trouble de conversion (570)
Spécifier si : 4 : Avec symptôme ou déficit moteur 6 : Avec symptôme ou déficit. ensitif ou sensoriel S : Avec des crises épileptiques ou des convulsions 7 : Avec une présentation mixte

F45.4 [307.xx] Trouble douloureux (577)
.80] Associé à des facteurs psychologiques
.89] Associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale
Spécifier si : Aigu/Chronique
F45.2 [300.7] Hypocondrie (583)
Spécifier si : Avec peu rie prise de conscience
F45.2 [300.7] Peur d'une dysmorphie corporelle (588)
F45.9 [300.82] Trouble somatoforme NS (592)

Troubles actices (593)

F68.1 [300.xx] Trouble factice (593)
[.16] Avec signes et symptômes psychologiques prédominants
[.19] Avec signes et symptômes physiques prédominants
.19] Avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques
F68.1 [300.19] Trouble factice NS (597)

Troubles dissociatifs (599)

F44.0 [300.12] Amnésie dissociative (600)
F44.1 [300.13] Fugue dissociative (604)
F44.81 [300.14] Trouble dissociatif de l'identité (608)
F48.1 [300.6] Trouble de dépersonnalisation (612)
F44.9 [300.15] Trouble dissociatif NS (615)

Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle (617)

DYSFONCTIONS SEXUELLES (618)
Les spécifications suivantes s'appliquent à toutes les Dysfonctions sexuelles primaires :
type de tout temps/type acquis
type généralisé/type situationnel
Due à des facteurs psychologiques/due à une combinaison de facteurs

Troubles du désir sexuel (621)
F52.0 [302.71] Trouble : baisse du désir sexuel (621)
F52.10 [302.79] Trouble : aversion sexuelle (624)

Troubles de l'excitation sexuelle (626)
F52.2 [302.72] Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme (626)
F52.2 [302.72] Trouble de l'érection chez l'homme (629)

Troubles de l'orgasme (632)
F52.3 [302.73] Trouble de l'orgasme chez la femme (632)
F52.3 [302.74] Trouble de l'orgasme chez l'homme (635)
F52.4 [302.75] Éjaculation précoce (637)

Troubles sexuels avec douleur (640)
F52.6 [302.76] Dyspareunie (Non due à une affection médicale générale) (640)
F52.5 [306.51] Vaginisme (Non dû à une affection médicale générale) (642)

Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale (645)
N94.8 [625.8] Trouble : baisse du désir sexuel chez la femme due *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (646)
N50.8 [608.89] Trouble : baisse du désir sexuel chez l'homme due

à... [Indiquer l'affection médicale générale] (646)

N48.4 [607.84] Trouble de l'érection chez l'homme dû à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (646)

N94.1 [625.0] Dyspareunie chez la femme due à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (646)

N50.8 [608.89] Dyspareunie chez l'homme due à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (646)

N94.8 [625.8] Autre dysfonction sexuelle chez la femme due à... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (646)

N50.8 [608.89] Autre dysfonction sexuelle chez l'homme due *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (646)

F1x.8 [ ] Dysfonction sexuelle induite par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (649)
Spécifier si : avec altération du désir sexuel/avec altération de l'excitation sexuelle/avec altération de l'orgasme/avec douleur sexuelle
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication

F52.9 [302.70] Dysfonction sexuelle NS (653)

PARAPHILIES (654)

F65.2 [302.4] Exhibitionnisme (657)

F65.0 [302.81] Fétichisme (658)

F65.8 [302.89] Frotteurisme (659)

F65.4 [302.2] Pédophilie (659)
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
Spécifier le type : Exclusif/Non exclusif

F65.5 [302.83] Masochisme sexuel (661)

F65.5 [302.84] Sadisme sexuel (663)

F65.1 [302.3] Transvestisme fétichiste (664)
Spécifier si : Avec dysphorie concernant l'identité sexuelle

F65.3 [302.82] Voyeurisme (665)

F65.9 [302.9] Paraphilie NS (666)

TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE (666)

F64.x [302.xx] Trouble de l'identité sexuelle (666)

.2 [.6] chez les enfants

.0 [.85] chez les adolescents ou les adultes
Spécifier si : Attiré sexuellement par les hommes/Attiré sexuellement par les femmes/Attiré sexuellement par les deux sexes/Attiré sexuellement ni par un sexe, ni par l'autre

F64.9 [302.6] Trouble de l'identité sexuelle NS (673)

F52.9 [302.9] Trouble sexuel NS (673)

Troubles des conduites alimentaires (675)

F50.0 [307.1] Anorexie mentale (Anorexia Nervosa) (676)
Spécifier le type Type restrictif/Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs

F50.2 [307.51] Boulimie (Bulimia Nervosa) (682)
Spécifier le type Type avec vomissements ou prise de purgatifs/Type sans vomissements ou prise de purgatifs

F50.x [307.50] Trouble des conduites alimentaires NS (688)

Troubles du sommeil (691)

TROUBLES PRIMAIRES DU SOMMEIL (693)

Dyssomnies (693)
F51.0 [307.42] Insomnie primaire (693)
F51.1 [307.44] Hypersomnie primaire (699)
Spécifier si : Récurrente
G47.4 [347] Narcolepsie (705)
G47.3 [780.59] Trouble du sommeil lié à la respiration (712)
F51.2 [307.45] Trouble du sommeil lié au rythme circadien (720)
Spécifier le type : Type avec retard de phase/Type changement de fuseaux horaires/Type travail posté/Type non spécifié
F51.9 [307.47] Dyssomnie NS (728)
Parasomnies (730)
F51.5 [307.47] Cauchemars (730)
F51.4 [307.46] Terreurs nocturnes (734)
F51.3 [307.46] Somnambulisme (739)
F51.9 [307.47] Parasomnie NS (745)

TROUBLES DU SOMMEIL LIÉS À UN AUTRE TROUBLE MENTAL (746)
F51.0 [307.42] Insomnie liée *à... [Indiquer le Trouble de l'Axe I ou de l'Axe II]* (746)
F51.1 [307.44] Hypersomnie liée *à... [Indiquer le Trouble de l'Axe I ou de l'Axe II]* (746)

AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL (752)
G47.x [780.xx] Trouble du sommeil dû *à... [Indiquer l'affection médicale générale]* (752)
.0 [.52] Type insomnie
.1 [.54] Type hypersomnie
.8 [.59] Type parasomnie
.8 [.59] Type mixte
F1x.8 [.] Trouble du sommeil induit par une substance *(se référer aux Troubles liés à une substance pour les codes spécifiques de chaque substance)* (757)
Spécifier le type : Type insomnie/Type hypersomnie/Type parasomnie/Type mixte
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication/Avec début pendant le sevrage

Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs (765)

F63.8 [312.34] Trouble explosif intermittent (766)
F63.2 [312.32] Kleptomanie (770)
F63.1 [312.33] Pyromanie (772)
F63.0 [312.31] Jeu pathologique (774)
F63.3 [312.39] Trichotillomanie (778)
F63.9 [312.30] Trouble du contrôle des impulsions NS (781)

Troubles de l'adaptation (785)

F43.xx [309.xx] Trouble de l'adaptation (783)
.20 [.0] Avec humeur dépressive
.28 [.24] Avec anxiété
.22 [.28] Avec à la fois anxiété et humeur dépressive
.24 [.3] Avec perturbation des conduites
.25 [.4] Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites

.29 [.9] Non spécifié
Spécifier si : Aigu/Chronique

Troubles de la personnalité (789)

N.-B. *A coder sur l'Ave II*
F60.0 [301.0] Personnalité paranoïaque (795)
F60.1 [301.20] Personnalité schizoïde (799)
F21 [301.22] Personnalité schizotypique (803)
F60.2 [301.7] Personnalité antisociale (808)
F60.31 [301.83] Personnalité borderline (813)
F60.4 [301.50] Personnalité histrionique (818)
F60.8 [301.81] Personnalité narcissique (822)
F60.6 [301.82] Personnalité évitante (826)
F60.7 [301.6] Personnalité dépendante (830)
F605 [301.4] Personnalité obsessionnelle-compulsive (834)
F60.9 [301.9] Trouble de la personnalité NS (839)

Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique (841)

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES INFLUENÇANT UNE AFFECTION MÉDICALE (841)
F54 [316] ... *[Spécifier le facteur psychologique]* influençant... *[Indiquer l'affection médicale générale]* (841)
Choisir en fonction de la nature des facteurs :
Trouble mental influençant une affection médicale
Symptômes psychologiques influençant une affection médicale
Traits de personnalité ou style de coping influençant une affection médicale
Comportements inadaptés en matière de santé influençant une affection médicale
Réponse physiologique, liée au stress influençant une affection médicale
Facteurs psychologiques autres ou non spécifiés influençant une affection médicale

TROUBLES DES MOUVEMENTS INDUITS PAR UN MÉDICAMENT (845)
G21.1 [332.1] Parkinsonisme induit par les neuroleptiques (846)
G21.0 [333.92] Syndrome malin des neuroleptiques (846)
G24.0 [333.7] Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques (846)
G21.1 [333.99] Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques (846)
G24.0 [333.82] Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques (847)
G25.1 [333.1] Tremblement d'attitude induit par un médicament (847)
G25.9 [333.90] Trouble des mouvements induits par un médicament, NS (847)

AUTRE TROUBLE INDUIT PAR UN MÉDICAMENT (847)
1'88.7 [995.2] Effets secondaires d'un médicament NS (847)

PROBLÈMES RELATIONNELS (848)
Z63.7 [V61.9] Problème relationnel lié un trouble mental

ou à une affection médicale générale (848)
Z63.8 [V61.20] Problème relationnel parent-enfant (848)
Z63.0 [V61.10] Problème relationnel avec le partenaire (848)
F93.3 [V61.8] Problème relationnel dans la fratrie (849)
Z63.9 [V62.81] Problème relationnel NS (849)

PROBLÈMES LIÉS À L'ABUS OU LA NÉGLIGENCE (849)
T74.1 [V61.21] Abus physique d'un enfant (849)
(Coder Y07.x [995.54] si le motif d'examen concerne la victime)
T74.2 [V61.21] Abus sexuel d'un enfant (849)
(Coder Y07.x [99553] si le motif d'examen concerne la victime)
T74.0 [V61.21] Négligence envers un enfant (850)
(Coder 3 07.x [995.52] si le motif d'examen concerne la victime)
T74.1 [___.] Abus physique d'un adulte (850)
V61.12 s'il s'agit du partenaire
V62.83 s'il s'agit d'une autre personne que le partenaire
(Coder Y07.x [995.81] si le motif d'examen concerne la victime)
'174.2 [___.] Abus sexuel d'un adulte (850)
V61.12 s'il s'agit du partenaire
V62.83 s'il s'agit d'une autre personne que le partenaire
(Coder Y07.x [995.81] si le motif d'examen concerne la victime)

SITUATIONS SUPPLÉMENTAIRES QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN CLINIQUE (850)
Z91.1 [V15.81] Non-observance du traitement (850)
Z76.5 [V65.2] Simulation (851)
Z72.8 [V71.01] Comportement antisocial de l'adulte (851)
Z72.8 [V71.02] Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent (851)
R41.8 [V62.89] Fonctionnement intellectuel limite (852)
N.-B. *A coder sur l'Axe 11*
R41.8 [780.9] Déclin cognitif lié à l'âge (852)
Z63.4 [V62.82] Deuil (852)
/55.8 [V62.3] Problème scolaire ou universitaire (853)
Z56.7 [V62.2[Problème professionnel (853)
F93.8 [313.82] Problème d'identité (853)
/71.8 [V62.89] Problème religieux ou spirituel (853)
Z60.3 [V62.4] Problème lié à l'acculturation (853)
Z60.0 [V62.89] Problème en rapport avec une étape de la vie (854)

Codes additionnels (855)

F99 [300.9] Trouble mental non spécifié (non psychotique) (855)
Z03.2 [V71.09] Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe I (855)
R69 [799.9] Affection ou diagnostic différé sur l'Axe I (855)
Z03.2 [V71.09] Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe II (855)
846.8 [799.9] Diagnostic différé sur l'Axe 11 (855)

Système multiaxial (33)

Axe I Troubles cliniques
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique
Axe II Troubles de la personnalité
Retard mental
Axe Ill Affections médicales générales
Axe IV Problèmes psychosociaux et environnementaux
Axe V Évaluation globale du fonctionnement

Évaluation multiaxiale

Un système multiaxial implique une évaluation sur plusieurs axes, chacun représentant un domaine particulier, susceptible d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic. La classification multiaxiale du DSM-IV comprend cinq axes :

Axe I Troubles cliniques
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique
Axe II Troubles de la personnalité
Retard mental
Axe III Affections médicales générales
Axe IV Problèmes psychosociaux et environnementaux
Axe V Évaluation globale du fonctionnement

L'utilisation du système multiaxial facilite une évaluation systématique et globale tenant compte des divers troubles mentaux, des affections médicales générales, des problèmes psychosociaux et environnementaux ainsi que du niveau de fonctionnement qui pourrait être mal évalué si l'attention était uniquement centrée sur l'évaluation du seul problème manifeste. Le format offert par le système multiaxial est adéquat pour le classement et la communication des informations cliniques, pour saisir leur complexité et pour décrire l'hétérogénéité des sujets qui ont un même diagnostic. De plus, le système multiaxial stimule l'application d'un modèle biopsychosocial dans les institutions cliniques de formation et de recherche.

Le reste de cette section comprend une description de chacun des 5 axes du DSM-IV. Dans quelques situations ou institutions particulières les cliniciens préféreront ne pas utiliser le système multiaxial. Des recommandations pour formuler les résultats d'une évaluation DSM-IV sans application du système multiaxial sont fournies à la fin du chapitre.

Axe I : Troubles cliniques
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

L'Axe I sert à décrire l'ensemble des troubles ou des situations de la classification, à l'exception des Troubles de la personnalité et du Retard mental (figurant sur l'Axe II). Les principales catégories de Troubles de l'Axe I sont indiquées sur le tableau ci-dessous. Cet Axe comprend en outre d'autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique.

Lorsqu'un sujet a plus d'un Trouble de l'Axe I, ils doivent tous être notés (voir p. 42) pour des exemples) ; le diagnostic principal ou le motif de la consultation (voir p. 44) doit être indiqué en premier. Lorsqu'un sujet a conjointement un trouble de l'Axe I et un trouble de l'Axe II, le diagnostic principal ou le motif de la consultation est normalement celui de l'Axe I à moins que le diagnostic de l'Axe II soit suivi de l'indication « (Diagnostic principal) » ou « (Raison de la consultation) ».

L'absence de diagnostic sur l'Axe 1 est codée 203.2 [V 71.09]. Si un diagnostic sur l'Axe 1 est différé, en attente d'une information complémentaire, le code doit être R69 [799.9].

■ Axe I ■
Troubles cliniques
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Tro u b 1 es habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (à l'exclusion du Retard mental diagnostiqué sur l'Axe **II)**
Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs
Troubles mentaux dus à une affection médicale générale
Troubles liés à une substance
Schizophrénie et autres troubles psychotiques
Troubles de l'humeur
Troubles anxieux
Troubles somatoformes
Troubles factices
Troubles dissociatifs
Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle
Troubles de l'alimentation
Troubles du sommeil
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
Troubles de l'adaptation
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Axe II : Troubles de la personnalité Retard mental

L'Axe 11 sert à indiquer les Troubles de la personnalité et le Retard mental. Il peut aussi être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité et les mécanismes de défense. L'existence des Troubles de la personnalité et du Retard mental sur un axe séparé est le garant de la prise en considération des Troubles de la personnalité ou du Retard mental susceptibles d'être négligés lorsque l'attention est exclusivement centrée sur les troubles de l'Axe I habituellement plus florides. Le codage des Troubles de la personnalité sur l'Axe 11 ne signifie pas que leur pathogénie ou le choix du traitement approprié soient fondamentalement différents des troubles codés sur l'Axe I.

Lorsqu'un sujet a plus d'un diagnostic de l'Axe II, ce qui est couramment le cas, tous les troubles doivent être rapportés (pour les exemples, voir p. 42). Lorsqu'un sujet

a conjointement un diagnostic de l'Axe I et un diagnostic de l'Axe II et que le diagnostic de l'Axe II représente le diagnostic principal ou le motif de la consultation, cela doit être indiqué en ajoutant la précision suivante « (Diagnostic principal) » ou « (Motif de la consultation) » à la suite du diagnostic de l'Axe II. L'absence de diagnostic sur l'Axe II doit être codée [V 71.09]. Si un diagnostic sur l'Axe II est différé, en attente d'une information complémentaire, le code doit être R46.8 [799.9].

L'Axe II peut aussi être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité qui n'atteignent cependant pas le seuil d'un Trouble de la personnalité (dans de tels cas aucun numéro de code n'est utilisé — voir Exemple 3 p.42). L'utilisation habituelle de mécanismes de défense maladaptés peut aussi être indiquée sur l'Axe II. (Voir Annexe B pour les définitions et exemple 1 p. 42).

■ Axe II ■
Troubles de la personnalité
Retard mental

Personnalité paranoïaque	Personnalité évitante
Personnalité schizoïde	Personnalité dépendante
Personnalité schizotypique	Personnalité obsessionnelle-compulsive
Personnalité antisociale	
Personnalité borderline	Trouble de la personnalité NS
Personnalité histrionique	
Personnalité narcissique	Retard mental

Axe III : Affections médicales générales

L'Axe III permet d'enregistrer les affections médicales générales susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou la prise en charge du sujet ayant un trouble mental. 11 s'agit d'affections ne faisant pas partie du chapitre des « Troubles mentaux » de la CIM-9-MC (ni du chapitre V de la CIM-10). (Pour une liste plus détaillée incluant les codes spécifiques de la CIM-9-MC, se référer à l'Annexe G).

Comme cela a été mentionné dans l'« Introduction », la distinction entre les troubles des Axes I, II et III, ne signifie pas qu'il existe entre eux des différences de conceptualisation fondamentales, ni que les troubles mentaux ne sont pas liés à des facteurs ou à des processus physiques ou biologiques. Cela ne signifie pas non plus que les affections médicales générales ne sont pas liées à des facteurs ou à des processus comportementaux ou psychosociaux. Répertorier à part les affections médicales générales a en réalité pour objectif de compléter une évaluation minutieuse et d'amplifier la communication entre les professionnels de la santé.

Les affections médicales générales peuvent être liées aux troubles mentaux de diverses façons. Dans certains cas, il est clair que l'affection médicale générale joue un rôle étiologique direct dans le développement ou l'aggravation des symptômes mentaux et que le mécanisme de cet effet est d'ordre physiologique. Lorsqu'on juge qu'un trouble mental est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, on doit faire le diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale sur l'Axe I et on doit enregistrer l'affection médicale générale à la fois sur l'Axe I et sur

l'Axe III. Ainsi, lorsqu'une hypothyroïdie est la cause directe de symptômes dépressifs, le diagnostic sur l'Axe I est : F06.32 [293.831 Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie, avec caractéristiques dépressives et l'hypothyroïdie est à nouveau répertoriée et codée sur l'Axe III comme suit : E03.9 [244.9]. Pour plus de discussion, voir p. 209).

Dans les cas où le lien étiologique entre l'affection médicale générale et les symptômes mentaux n'est pas suffisamment clair pour justifier un diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale sur l'Axe I, le trouble mental en question (p. ex., un Trouble dépressif majeur) doit être enregistré et codé sur l'Axe I et l'affection médicale générale seulement sur l'Axe III.

Il est d'autres situations dans lesquelles des affections médicales générales sont enregistrées sur l'Axe III en raison de leur importance pour la compréhension générale ou pour le traitement de la personne ayant le trouble mental. lin Trouble de l'Axe I peut être une réaction psychologique à une affection médicale générale de l'Axe III (p. ex., le développement d'un Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive F43.20 [309.01 comme réaction au diagnostic de carcinome du sein). Certaines affections médicales générales peuvent ne pas être directement liées au trouble mental et, malgré tout, avoir d'importantes implications dans le pronostic ou le traitement (p. ex., lorsque le diagnostic sur l'Axe I est F32.x [296.2] Trouble dépressif majeur et sur l'Axe III I49.9 [427.9] : Arythmie, le choix du traitement pharmacologique dépend de l'affection médicale générale. Il en est de même lorsqu'un patient ayant un diabète sucré est hospitalisé pour l'aggravation d'une schizophrénie et que le traitement par l'insuline doit être monitoré).

Lorsqu'un sujet a plus d'un diagnostic cliniquement pertinent sur l'Axe III, tous doivent être notés. Pour des exemples, voir p. 42). L'absence de tout trouble de l'Axe III doit être indiquée de la façon suivante : « Axe III : Aucun ». Si un diagnostic de l'Axe III est différé, dans l'attente d'une information complémentaire, cela doit être indiqué de la façon suivante : « Axe III : Différé ».

Axe IV Problèmes psychosociaux et environnementaux

L'Axe IV permet de rendre compte des problèmes psychosociaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux (Axes I et II). Un problème psychosocial ou environnemental peut se présenter sous la forme d'un événement de vie négatif, d'une difficulté ou d'une déficience de l'environnement, d'un stress familial ou interpersonnel, d'une inadéquation du support social ou des ressources personnelles ou de tout autre problème relatif à un contexte dans lequel les difficultés de la personne se sont développées. Les facteurs de stress dits positifs tels qu'un avancement professionnel ne doivent être notés que s'ils constituent un problème, p. ex., quand la personne éprouve des difficultés à s'adapter à la situation nouvelle. Outre leur influence dans l'initiation ou l'exacerbation d'un trouble mental, les problèmes psychosociaux peuvent également être la conséquence de la psychopathologie du sujet ou encore constituer des difficultés qui doivent être considérées lors de la prise en charge.

Quand un sujet présente de multiples problèmes psychosociaux ou environnementaux, le clinicien doit relever tous ceux qu'il juge pertinents. En général, le clinicien doit noter uniquement ceux des problèmes qui ont été présents au cours de l'année précédant l'évaluation. Cependant, il peut tenir compte de problèmes antérieurs si ceux-ci contribuent clairement au trouble mental ou s'ils font l'objet d'un traitement — par exemple quand il s'agit d'expériences antérieures de combat ayant conduit à un État de stress post-traumatique.

■ Axe III ■
Affections médicales générales (Avec les codes CIM-10)

Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99) [001-139]
Tumeurs (C00-D48) [140-239]
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (D50-D77) [280-289]
Maladies endocriniennes, métaboliques, de la nutrition et maladies immunitaires (D80-E90) [240-279]
Maladies du système nerveux et des organes des sens (G00-G95) [320-389]
Maladies de l'oeil et des annexes (H00-H59)
Maladies de l'oreille et de la mastoïde (1160-H95)
Maladies de l'appareil circulatoire (100-199) [390-459]
Maladies de l'appareil respiratoire 000-J99) [460-519]
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93) [520-579]
Maladies de la peau et du tissu sous-cutané (L00-L99) [680-709]
Maladies du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs (M00-M99) [710-739]
Maladies des organes génito-urinaires (N00-N99) [580-629]
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (000-099) [630-676]
Causes de morbidité et de mortalité périnatales (P00-P96) [760-779]
Anomalies congénitales (Q00-Q99) [740-759]
Symptômes et états morbides mal définis (R00-R99) [780-799]
Accidents, empoisonnements et traumatismes (S00-T98) [800-999]
Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
Facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé (Z00-Z99)

En pratique, la plupart des problèmes psychosociaux ou environnementaux seront notés sur l'Axe N. Cependant, s'ils constituent le principal centre d'intérêt clinique, ils doivent aussi être enregistrés sur l'Axe 1, à l'aide d'un code de la section « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » (voir p. 841).

Pour des raisons pratiques, les problèmes ont été regroupés dans les catégories suivantes :

- **Problèmes avec le groupe de support principal** — p. ex., décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille ; déménagement ; remariage d'un parent ; abus physique ou sexuel ; surprotection parentale ; négligence envers un enfant ; discipline inadéquate ; désaccord dans la fratrie ; naissance d'un frère Ou d'une sœur.
- **Problèmes liés à l'environnement social** — p. ex., mort ou perte d'un ami ; support social inadéquat ; fait d'habiter seul ; difficulté d'acculturation ; discrimination ; adaptation aux grandes étapes de la vie (telle la retraite).
- **Problèmes d'éducation** — p. ex., analphabétisme, problèmes scolaires, conflits avec les enseignants ou les camarades de classe, environnement scolaire inadéquat.
- **Problèmes professionnels** — p. ex., chômage, menace de perte d'emploi, horaires de travail stressants, conditions de travail difficiles, insatisfaction au travail, changement d'emploi, conflit avec l'employeur ou les collègues.

- Problèmes de logement — p. ex., absence de domicile fixe, logement inadapté, insécurité du quartier, conflits avec les voisins ou le propriétaire.
- Problèmes économiques — p. ex., très grande pauvreté, insuffisance des revenus et des prestations sociales.

- Problèmes d'accès aux Services de santé — p. ex., Services de santé inadaptés ou non desservis, Sécurité Sociale inadaptée.
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales — p. ex., arrestation, incarcération, litige, victime d'un crime.
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux — p. ex., catastrophes naturelles, guerre, autres conflits ; conflits avec des soutiens extérieurs à la famille tels que conseillers, travailleurs sociaux ou médecins ; absence de Services sociaux.

Si le clinicien utilise le Rapport d'Évaluation multiaxiale (voir p. 43), il doit identifier les catégories pertinentes de problèmes psychosociaux et environnementaux et indiquer les facteurs spécifiques en cause. S'il n'utilise pas un formulaire détaillé, il peut simplement noter les problèmes spécifiques sur l'Axe IV (voir exemples p. 42).

■ Axe IV ■
Problèmes psychosociaux et environnementaux

Problèmes avec le groupe de support principal
Problèmes liés à l'environnement social
Problèmes d'éducation
Problèmes professionnels
Problèmes de logement
Problèmes économiques
Problèmes d'accès aux Services de santé
Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales
Autres problèmes psychosociaux et environnementaux

Axe V : Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

L'Axe V permet au clinicien d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu. Cette information est utile pour planifier le traitement, évaluer son impact et prédire son résultat.

L'enregistrement du fonctionnement global sur l'Axe V se fait à l'aide de l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (échelle GAS ou EGF[1]). Cette échelle peut

1. L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 0 à 100 a été opérationnalisée par Luborsky dans l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie (Luborsky L. Judgments of Mental Health » *Archives of General Psychiatry 7* : 407-417, 1962). Spitzer et al ont développé une révision de l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie intitulée l'Échelle d'Évaluation Globale (Global Assessment Scale ou GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatrie Disturbance. » *Archives of General Psychiatry* 33 : 766-771, 1976). Une version modifiée de la GAS a été incluse dans le DSM-III-R sous le nom d'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement EGF (Global Assessment of Function ng — GAF Scale).

être particulièrement utile pour suivre globalement les progrès cliniques des individus, au moyen d'une note unique. Elle doit être cotée en tenant compte uniquement du fonctionnement psychologique, social et professionnel. Les instructions précisent « de ne pas inclure les altérations du fonctionnement causées par des limitations physiques (ou environnementales) ». L'échelle globale de fonctionnement est divisée en dix niveaux de fonctionnement. Coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau global de fonctionnement. La description de chacun des dix niveaux de l'échelle EGF a deux composantes : la première correspond à la gravité symptomatique, la seconde au fonctionnement. La cotation de l'EGF s'opère dans un décile particulier dès lors que, soit la sévérité symptomatique, soit le niveau de fonctionnement atteint le niveau en question. Par exemple, la première partie de la tranche 41-50 correspond à « des symptômes importants, p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins » : la deuxième partie comprend « une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire, p. ex., absence d'amis, incapacité de garder un emploi ». On doit considérer que dans ces situations où il y a une discordance entre la sévérité symptomatique et le niveau de fonctionnement, la cotation finale de l'EGF doit refléter l'atteinte la plus grave des deux secteurs. Par exemple, la cotation EGF pour un sujet qui se met en danger mais qui, par ailleurs, fonctionne bien, sera inférieure à 20. De la même façon, la cotation sur l'EGF d'un sujet qui a des symptômes psychologiques mineurs, mais qui a une altération significative du fonctionnement (p. ex., un sujet qui à cause d'une préoccupation excessive par l'usage de substance perd son emploi et ses amis, mais sans autre psychopathologie) obtiendra 40 ou moins.

Dans la plupart des cas, les cotations sur l'échelle EGF doivent se rapporter à la période actuelle (c'est-à-dire au niveau de fonctionnement au moment de l'évaluation) car l'estimation du fonctionnement actuel reflète généralement le besoin actuel de traitement ou de soins. La cotation de l'EGF pour la période actuelle se fait parfois selon le niveau de fonctionnement le plus bas de la semaine écoulée pour tenir compte de la variabilité du fonctionnement selon les jours. Il peut être utile dans certaines situations de remplir l'échelle EGF à la fois à l'admission et en fin d'hospitalisation. L'échelle peut être cotée également pour d'autres périodes (p. ex., pour évaluer le niveau de fonctionnement le plus élevé maintenu pendant au moins quelques mois au cours de l'année précédente). Les résultats de la cotation sont reportés sur l'Axe V comme suit : « EGF = suivi de la note obtenue à l'EGF (de 1 à 100) et de la période évaluée (entre parenthèses) – p. ex. « (Actuellement) » ou « niveau le plus élevé au cours de l'année précédente » ou « (au moment de la sortie) ». (Voir les exemples p. 42.)

Pour s'assurer qu'aucun élément de l'échelle EGF ne risque d'être omis pour la cotation, la méthode suivante peut s'appliquer :

Première étape. En commençant par le niveau le plus élevé, évaluer chaque tranche de notes en demandant si : soit la sévérité des symptômes du sujet, soit son niveau de fonctionnement est inférieur à ce qui est précisé pour la tranche considérée.

Deuxième étape. Poursuivre la lecture de l'échelle par tranches de notes descendantes jusqu'à celle qui reflète le mieux la sévérité symptomatique du sujet ou son niveau de fonctionnement **quel que soit le niveau le plus bas qui puisse être atteint.**

Troisième étape. Regarder la tranche inférieure pour vérifier que l'on ne s'est pas arrêté prématurément. La nouvelle tranche doit paraître trop grave, tant sur le plan de la sévérité symptomatique que sur celui du fonctionnement. Si tel est le cas, la cotation

appropriée est atteinte. Poursuivre avec la quatrième étape. Dans le cas contraire, retourner à l'étape 2 et continuer à descendre sur l'échelle.

Quatrième étape. Pour choisir la note exacte à l'intérieur de la tranche choisie de 10 points, établir si le sujet fonctionne au plafond Ou bien au plancher de la zone des 10 points. Par exemple, peut être considéré un sujet qui entend des voix qui n'influencent pas son comportement (p. ex., quelqu'un avec une schizophrénie au long cours qui accepte ses hallucinations comme faisant partie de sa maladie). Si les voix surviennent peu fréquemment (une fois par semaine ou moins), une note de 39 ou 40 peut être la plus appropriée. Inversement, si le sujet entend des voix de façon quasiment continue, une cotation de 31 ou 32 paraîtra plus adéquate.

Dans certaines situations, il peut être utile d'évaluer l'incapacité sociale et professionnelle et de suivre les progrès de la réadaptation sans tenir compte de la sévérité des symptômes psychologiques. L'Échelle d'Évaluation Sociale et Professionnelle (ESP), incluse dans l'Annexe B, est proposée dans ce but. Deux autres échelles peuvent être utiles dans certains cadres : l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement Relationnel (voir p. 938) et l'échelle de fonctionnement défensif (voir p. 930). Elles sont incluses dans l'Annexe B.

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement EGF (Echelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Code (N.-B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. 45, 68, 72)

100 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais
91 débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90 Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement
81 satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70 Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entre-
61 tient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les
51 collègues de travail.

50 Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vol répétés clans
41 les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex.. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la
31 maison et échoue à l'école).

30 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque
21 tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altéra-
11 tion massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10 Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire
1 avec attente précise de la mort.

0 Information inadéquate.

Comment noter les résultats d'une évaluation multiaxiale du DSM-IV. Exemples

Exemple 1 :

Axe I	F32.2	[296.23]	Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère sans caractéristiques psychotiques
	F10.1	[305.00]	Abus d'alcool
Axe II	F60.7	[301.6]	Personnalité dépendante
			Utilisation fréquente du déni
Axe III			Aucun
Axe IV			Peur de perdre son travail
Axe V	EGF = 35		(actuel)

Exemple 2 :

Axe I	F34.1	[300.4]	Trouble dysthymique
	F81.0	[315.00]	Trouble de la lecture
Axe II	Z03.2	[V71.09]	Absence de diagnostic
Axe III	H66.9	[382.9]	Otite de l'oreille moyenne, récurrente
Axe IV			Victime de négligence envers un enfant
Axe V	EGF = 53		(actuel)

Exemple 3 :

Axe I	F06.32	[293.83]	Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie, avec caractéristiques dépressives
Axe II	273.1	[V71.09]	Absence de diagnostic, traits de personnalité histrionique
Axe III	E03.9	[244.9]	Hypothyroïdie
	H40.2	[365.23]	Glaucome chronique à angle fermé
Axe IV			Aucun
Axe V	EGF = 45		(à l'admission)
	EGF = 65		(à la sortie)

Exemple 4 :

Axe I	263.0	[V61.10]	Problème relationnel avec le partenaire
Axe II	203.2	[V71.09]	Absence de diagnostic
Axe III			Aucun
Axe IV			Chômage
Axe V	EGF = 83		(niveau le plus élevé de l'année écoulée)

Rapport d'Évaluation multiaxiale

La présentation qui figure ci-dessous représente une des possibilités pour rapporter les évaluations multiaxiales. Dans certains cadres cliniques, la feuille de rapport peut être utilisée telle qu'elle ; ailleurs, elle devra être adaptée en fonction des besoins particuliers.

Axe I: Troubles cliniques

Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Code diagnostique Intitulé DSM-IV

_____

_____

_____

Axe II : Troubles de la personnalité

Retard mental

Code diagnostique Intitulé DSM-IV

_____

_____

Axe III: Affections médicales générales

Code CIM-10 Diagnostic CIM-10

_____

_____

_____

Axe IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux

Cocher :

Problèmes avec le groupe de support principal *Spécifier* _____

Problèmes liés à l'environnement social *Spécifier* _____

Problèmes d'éducation *Spécifier* _____

Problèmes professionnels *Spécifier* _____

Problèmes de logement *Spécifier* _____

Problèmes économiques *Spécifier* _____

Problèmes d'accès aux Services de santé *Spécifier* _____

Problèmes avec les institutions judiciaires/pénales ***Spécifier*** _____

Mitres Problèmes psychosociaux et environnementaux *Spécifier* _____

Axe V : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement EGF

Note : ___

Période considérée : _____

Format non-axial

Les cliniciens que ne désirent pas utiliser le système multiaxial peuvent simplement noter les diagnostics appropriés. Ceux qui choisissent cette option doivent suivre la consigne générale d'enregistrer l'ensemble des troubles mentaux coexistants, les affections médicales générales et les autres facteurs intervenant clans la prise en charge et le traitement du sujet. Le diagnostic principal ou le motif de la consultation doivent être notés en premier.

Dans les exemples ci-dessous figurent les relevés de diagnostics selon une présentation qui se tient pas compte du système multiaxial.

Exemple 1 :

F32.2	[296.23]	Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans caractéristiques psychotiques
F10.1	[305.00]	Abus d'alcool
F60.7	[301.6]	Personnalité dépendante
		Utilisation fréquente du déni

Exemple 2 :

F34.1	[300.4]	Trouble dysthymique
F81.0	[315.00]	Trouble de la lecture
H66.9	[382.9]	Otite moyenne, récurrente

Exemple 3

F06.32	[293.83]	Trouble de l'humeur, dû à une hypothyroïdie, avec caractéristiques dépressives
E03.9	[244.91	Hypothyroïdie
H40.2	[365.23]	Glaucome chronique à angle fermé
		Traits de personnalité histrionique

Exemple 4 :

/63.0 [V61.10] Problèmes relationnels avec le partenaire

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Proposer une section à part pour les troubles dont le diagnostic est habituellement porté dès la première, la deuxième enfance, ou l'adolescence, est un exercice de pure forme et n'est pas censé suggérer qu'il existe une distinction claire entre les troubles « de l'enfant » et les troubles « de l'adulte ». Bien que la plupart des sujets atteints des troubles décrits dans cette section consultent au cours de l'enfance ou de l'adolescence, ces troubles ne sont parfois pas diagnostiqués avant l'âge adulte. En outre, de nombreux troubles inclus dans d'autres sections du manuel débutent souvent au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Dans l'évaluation d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un adolescent, le clinicien doit envisager les diagnostics inclus clans cette section, mais aussi se référer aux troubles décrits dans les autres sections du manuel. A l'inverse, les adultes peuvent recevoir un diagnostic inclus dans cette section des Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, si leur tableau clinique en réunit les critères diagnostiques (p. ex., Bégaiement, Pica). De plus, si un adulte a eu, lorsqu'il était enfant, des symptômes correspondant à tous les critères d'un trouble spécifique mais en présente actuellement une forme atténuée ou résiduelle, il est possible de spécifier : en Rémission partielle (p. ex., Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte, en rémission partielle). Pour la plupart des troubles du DSM-IV (mais pas pour tous), un seul ensemble de critères est proposé et s'applique aux enfants, aux adolescents et aux adultes (p. ex., si un enfant ou un adolescent a des symptômes correspondant aux critères du Trouble dépressif majeur, ce diagnostic doit être porté indépendamment de l'âge du sujet). Les différences clans la présentation d'un trouble attribuables au stade de développement du sujet, sont décrites dans chaque paragraphe intitulé « Caractéristiques spécifiques liées à la culture, à l'âge et au sexe ». Les problèmes spécifiques liés au diagnostic de Troubles de la personnalité chez l'enfant ou l'adolescent sont discutés à la p. 791.

Les troubles suivants sont inclus dans cette section :

Retard mental. Ce trouble se caractérise par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI d'environ 70 ou au-dessous), un début avant l'âge de 18 ans, et l'existence de déficits ou d'altérations du fonctionnement adaptatif. Des codes différents sont donnés pour le **Retard mental léger, moyen, grave** et **profond,** ainsi que pour le **Retard mental, sévérité non spécifiée.**

Troubles des apprentissages. Ces troubles sont caractérisés par un fonctionnement scolaire nettement inférieur à celui que l'on attendrait du sujet compte tenu de son âge chronologique, de son niveau intellectuel (évalué par des tests), et d'un enseignement approprié à son âge. Les troubles spécifiques inclus dans ce chapitre sont le **Trouble de la lecture,** le **Trouble du calcul,** le **Trouble de l'expression** écrite et le **Trouble des apprentissages non spécifié.**

Trouble des habiletés motrices. Ceci concerne le **Trouble de l'acquisition de la coordination,** qui se caractérise par une coordination motrice nettement moins bonne que celle que l'on attendrait du sujet compte tenu de son âge chronologique et de son niveau intellectuel (évalué par des tests).

Troubles de la communication. Ces troubles se caractérisent par des difficultés de parole ou de langage et comprennent le **Trouble du langage de type expressif,** le **Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif,** le **Trouble phonologique,** le **Bégaiement** et le **Trouble de la communication non spécifié.**

Troubles envahissants du développement. Ces troubles se caractérisent par des déficits sévères et une altération envahissante de nombreux secteurs du développement. Il s'agit d'une altération des interactions sociales réciproques, d'une altération de la communication, et de l'existence de comportements, intérêts et activités stéréotypés. Les troubles spécifiques inclus dans ce chapitre sont le **Trouble autistique,** le **Syndrome de Rett,** le **Trouble désintégratif de l'enfance,** le **Syndrome d'Asperger** et le **Trouble envahissant du développement non spécifié.**

Troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur. Ce chapitre comprend le **Trouble déficit de l'attention/hyperactivité,** qui se caractérise par des symptômes prédominants d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité. Des sous-types sont proposés pour spécifier la présentation symptomatique prédominante : **type inattention prédominante, type hyperactivité-impulsivité prédominante,** et **type mixte** Sont aussi inclus dans ce chapitre les Comportements perturbateurs : le **Trouble des conduites,** caractérisé par un ensemble de conduites clans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, le **Trouble oppositionnel avec provocation,** caractérisé par un ensemble de conduites négativistes, hostiles et provocatrices. Ce chapitre comprend enfin deux catégories non spécifiées, le **Trouble déficit de l'attention/hyperactivité non spécifié** et le **Trouble : comportement perturbateur non spécifié.**

Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance Ces troubles se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation et des conduites alimentaires. Les troubles spécifiques comprennent le **Pica,** le **Mérycisme** et le **Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance.** Noter que l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) et la Boulimie (Bulimia nervosa) sont incluses dans le chapitre «Troubles des conduites alimentaires » présenté plus loin dans le manuel (voir p. 675).

Troubles : tics. Ces troubles se caractérisent par des tics vocaux ou moteurs. Les troubles spécifiques comprennent le **Syndrome de Gilles de la Tourette,** le **Trouble**

tic moteur ou vocal chronique, le **Trouble tic transitoire** et le **Trouble tic non spécifié.**

Troubles du contrôle sphinctérien. Ce chapitre comprend l'**Encoprésie,** émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés, et l'Énurésie, mictions répétées dans des endroits inappropriés.

Autres Troubles de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence. Ce regroupement concerne des troubles qui ne sont pas compris dans les chapitres énumérés ci-dessus. Le **Trouble anxiété de séparation** se caractérise par une anxiété excessive et inappropriée par rapport au stade du développement, concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché. Le **Mutisme sélectif** se caractérise par une incapacité régulière à parler clans certaines situations sociales spécifiques, alors que l'enfant parle dans d'autres situations. Le **Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance** se caractérise par un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et associé à une carence de soins manifeste. Le **Trouble mouvements stéréotypés** se caractérise par un comportement moteur répétitif et non fonctionnel, que le sujet est apparemment contraint d'exécuter. Ce comportement interfère sérieusement avec les activités normales et peut parfois provoquer des blessures corporelles. Le **Trouble de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence non spécifié** est une catégorie résiduelle pour coder les troubles débutant pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, qui ne répondent aux critères d'aucun trouble spécifique de la classification.

Les enfants et les adolescents peuvent présenter des problèmes qui nécessitent une consultation mais ne sont pas définis comme des troubles mentaux (p. ex., Problèmes relationnels, Problèmes liés à des sévices ou à des carences de soins, Deuil, Fonctionnement intellectuel limite, Problème scolaire, Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent, Problème d'identité). Ces problèmes sont énumérés à la fin du manuel dans la section « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » (voir p. 841).

Le DSM-III-R comportait deux troubles anxieux spécifiques aux enfants et aux adolescents, le Trouble hyperanxiété et le Trouble évitement de l'enfance ou de l'adolescence, qui ont été englobés, respectivement, dans le Trouble anxiété généralisée et le Trouble phobie sociale, du fait des similitudes de leurs caractéristiques cliniques essentielles.

Retard mental

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Retard mental est un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (Critère A), qui s'accompagne de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des secteurs d'aptitudes suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et

interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité (Critère B). Le début doit survenir avant l'âge de 18 ans (Critère C). Le Retard mental a de nombreuses étiologies différentes et peut être vu comme la voie finale commune de divers processus pathologiques affectant le fonctionnement du système nerveux central.

Le fonctionnement ***intellectuel général*** est défini par le quotient intellectuel (QI ou équivalent-QI) évalué à l'aide d'un ou de plusieurs tests standardisés d'intelligence générale, passés de façon individuelle (p. ex., Échelles de Wechsler révisées pour les enfants, 3e édition ; Test de Binet-Stanford, 4e édition ; Batterie de Kaufman pour les enfants). On définit un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne par un QI aux alentours de 70 ou au-dessous (approximativement 2 déviations standard au-dessous de la moyenne). Il faut remarquer qu'il existe une marge d'erreur d'environ 5 points dans l'évaluation d'un QI, bien que celle-ci puisse varier d'un instrument à l'autre (p. ex., on considère qu'un QI de 70 aux Échelles de Wechsler recouvre l'intervalle 65- 75). Il est ainsi possible de faire le diagnostic de Retard mental chez des individus ayant un QI compris entre 70 et 75 et présentant des déficits significatifs du comportement adaptatif. Inversement, le diagnostic de Retard mental ne devrait pas être posé chez un individu ayant un QI inférieur à 70 en l'absence d'altérations ou de déficits significatifs de l'adaptation. Le choix des instruments de mesure et l'interprétation des résultats devraient prendre en compte les facteurs qui peuvent limiter les performances aux tests (p. ex., le contexte socioculturel du sujet, sa langue maternelle, les handicaps associés moteurs ou sensoriels et les troubles de la communication). Lorsqu'il existe une dispersion significative des scores aux subtests, le profil des points forts et (les points faibles reflétera avec plus de précision les capacités d'apprentissage de la personne que ne le ferait un QI global calculé mathématiquement. Lorsqu'il existe une nette divergence entre le score verbal et le score de performance, le calcul d'un QI global peut être trompeur.

Ce sont les altérations du fonctionnement adaptatif, plus qu'un QI bas, qui constituent le tableau symptomatique des individus ayant un Retard mental. Le ***fonctionnement adaptatif fait*** référence à la façon dont l'individu fait effectivement face aux exigences de la vie courante et à sa capacité à atteindre les normes (l'autonomie personnelle que l'on peut attendre eu égard à son groupe d'âge particulier, son contexte socioculturel et son environnement. Le fonctionnement adaptatif peut être influencé par divers facteurs comme l'éducation, la motivation, les caractéristiques (le la personnalité, les possibilités socioprofessionnelles, et les troubles mentaux ou problèmes médicaux généraux qui peuvent coexister avec le Retard mental. Les problèmes d'adaptation sont davantage susceptibles d'être améliorés par les tentatives de traitement que le QI cognitif, celui-ci ayant tendance à rester un attribut plus stable.

Il est utile de rassembler les preuves des déficits du fonctionnement adaptatif à partir d'une ou de plusieurs sources indépendantes fiables (p. ex., appréciation d'un enseignant et histoire scolaire, développementale et médicale). Plusieurs échelles ont également été mises au point pour quantifier le fonctionnement ou le comportement adaptatif (p. ex., les Échelles (le comportement adaptatif de Vineland et l'Échelle de comportement adaptatif de l'Association Américaine sur le Retard Mental). Ces échelles fournissent un score clinique seuil, qui est un composé des performances dans plusieurs domaines d'aptitudes adaptatives. On remarquera que quelques-uns de ces instruments ne comportent pas de scores pour certains domaines adaptatifs particuliers et que la fiabilité peut varier considérablement d'un domaine à l'autre. De même que pour l'évaluation du fonctionnement intellectuel, il faut prendre en considération

l'adaptation de l'instrument au contexte socioculturel de la personne, à son niveau d'études, aux handicaps associés, à sa motivation et à sa coopération. Par exemple, la présence de handicaps significatifs invalide les normes de nombreuses échelles d'adaptation. De plus, des comportements qui seraient normalement considérés comme mal adaptés (p. ex., dépendance, passivité) peuvent être la preuve d'une bonne adaptation dans le contexte de vie d'un individu particulier (p. ex., clans certaines situations institutionnelles).

Degrés de sévérité du Retard mental

On peut spécifier quatre degrés de sévérité reflétant le niveau du déficit intellectuel : léger, moyen, grave et profond.

F70.x	**[317]**	**Retard mental léger :** niveau de QI de 50-55 à 70 environ
F71.x	**[318.0]**	**Retard mental moyen :** niveau de QI de 35-40 à 50-55
F72.x	**[318.1]**	**Retard mental grave :** niveau de QI de 20-25 à 35-40
F73.x	**[318.2]**	**Retard mental profond :** niveau de QI inférieur à 20-25

F79.x [319] Retard mental, sévérité non spécifiée : peut être utilisé lorsqu'il existe une forte présomption de Retard mental mais que l'intelligence du sujet ne peut être mesurée par des tests standardisés (p. ex., avec des sujets trop perturbés ou avec des nourrissons).

F70.x [3171 Retard mental léger

Le Retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éducable ». Ce groupe représente la plus grande partie (environ 85 %) de la population ayant un Retard mental. En tant que groupe, les sujets atteints d'un Retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5 ans). Ils ont une altération minime des fonctions sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des enfants sans Retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence, ils peuvent faire des acquisitions scolaires jusqu'au niveau de la sixième environ. A l'âge adulte, ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais ils peuvent avoir besoin de supervision, d'assistance et de conseils quand ils subissent un stress social ou économique inhabituel. A l'aide de mesures de soutien appropriées, les individus ayant un Retard mental léger réussissent habituellement à vivre dans la société, soit de façon indépendante, soit au sein de structures protégées.

F71.x 1318.01 Retard mental moyen

Le Retard mental moyen est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « dressable ». Ce terme démodé ne doit plus être employé car il implique, à tort, que les sujets atteints d'un Retard mental moyen ne peuvent bénéficier de programmes éducatifs. Ce groupe représente environ 10 % de la population totale des individus atteints de Retard mental. La plupart des sujets ayant ce niveau

de Retard mental acquièrent des aptitudes à la communication pendant la première enfance. Ils peuvent bénéficier (l'un apprentissage professionnel et acquérir une autonomie au prix d'une assistance modérée. Ils peuvent aussi bénéficier d'un apprentissage social et pratique, mais ils ont peu de chances de poursuivre leur scolarité au-delà du cours élémentaire première année. Ils peuvent apprendre à se déplacer seuls dans des endroits connus. Pendant l'adolescence, leurs difficultés à acquérir les conventions sociales peuvent gêner leurs relations avec leurs camarades. A l'âge adulte, la plupart réussissent dans des travaux non qualifiés ou semi-qualifiés, sous supervision, que ce soit dans des ateliers protégés ou dans le monde du travail. Ils s'adaptent bien à la vie en communauté, généralement dans des structures protégées.

F72.x [318.1] Retard mental grave

Le groupe ayant un Retard mental grave représente 3 % à 4 % des sujets atteints de Retard mental. Pendant la première enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale. A l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soin d'eux-mêmes de façon élémentaire. Ils ne profitent que peu de l'instruction qui est donnée à l'école maternelle, comme se familiariser avec l'alphabet et apprendre à compter, mais ils peuvent parvenir à déchiffrer quelques mots essentiels à leur survie A l'âge adulte, ils peuvent être capables d'effectuer des tâches simples sous surveillance étroite. La plupart s'adaptent bien à la vie en communauté, en foyer ou dans leur famille, à moins qu'ils ne présentent un handicap associé nécessitant des soins infirmiers spécialisés ou une autre forme de prise en charge.

F73.x [318.2] Retard mental profond

Le groupe ayant un Retard mental profond représente 1 % à 2 % des sujets atteints de Retard mental. La plupart des individus ayant ce diagnostic ont une pathologie neurologique définie, responsable de leur Retard mental. Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. Un développement optimal peut survenir dans un environnement très structuré, comportant une assistance et une surveillance constantes, ainsi qu'une relation individualisée avec un soignant. Le développement moteur, l'autonomie et les capacités de communication peuvent s'améliorer si un apprentissage adéquat est proposé. Certains sujets parviennent à effectuer des tâches simples dans des conditions très protégées, au prix d'une étroite supervision.

F79.x [319] Retard mental, sévérité non spécifiée

Le diagnostic de Retard mental, sévérité non spécifiée, doit être employé quand il existe une forte présomption de Retard mental mais que le sujet ne peut être évalué correctement à l'aide des tests standardisés (l'intelligence. Cela peut être le cas d'enfants, (l'adolescents ou d'adultes trop perturbés ou non coopérants, ou bien de nourrissons chez lesquels on juge cliniquement que le fonctionnement intellectuel est significativement au-dessous de la moyenne mais pour qui les tests disponibles (p. ex., les Échelles

de développement du nourrisson de Bayley, les Échelles d'intelligence du nourrisson de Cattell et d'autres tests) ne fournissent pas de valeurs de QI. En général, plus l'enfant est jeune, plus il est difficile d'affirmer la présence d'un Retard mental, sauf pour ceux qui sont profondément perturbés.

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique spécifique du Retard mental est choisi en fonction du degré de sévérité du déficit intellectuel, tel qu'il est indiqué ci-dessus, et codé sur l'Axe II. Si le Retard mental est associé à un autre trouble mental (p. ex., Trouble autistique), ce trouble mental surajouté est codé sur l'Axe I. Si le Retard mental est associé à une affection médicale générale (p. ex., syndrome de Down), l'affection médicale générale est codée sur l'Axe III.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Il n'existe pas de caractéristique spécifique du comportement ou de la personnalité qui soit associée au Retard mental de façon univoque. Certains sujets atteints de Retard mental sont passifs, placides et dépendants, tandis que d'autres peuvent être agressifs et impulsifs. Le défaut d'aptitudes à la communication peut prédisposer à des comportements agressifs et perturbateurs qui se substituent à la communication verbale. Certaines affections médicales générales associées au Retard mental se caractérisent par des symptômes comportementaux (p. ex., comportements d'automutilation intraitables associés au syndrome de Lesch-Nyhan). Les individus atteints de Retard mental peuvent être sujets à la manipulation de la part des autres (p. ex., sévices physiques ou sexuels) ou peuvent se voir refuser certains droits ou certaines opportunités.

Les sujets atteints de Retard mental ont une prévalence de troubles mentaux comorbides qui semble trois à quatre fois plus élevée que dans la population générale. Dans certains cas, cela peut résulter d'une étiologie commune au Retard mental et au trouble mental associé (p. ex., un traumatisme crânien peut entraîner un Retard mental et une Modification de la personnalité due au traumatisme crânien). Tous les types de troubles mentaux peuvent se rencontrer, et il n'y a pas d'argument pour penser que la nature d'un trouble mental donné pourrait être différente chez les sujets atteints de Retard mental. Le diagnostic des troubles mentaux comorbides est néanmoins compliqué par le fait que le tableau clinique peut être modifié par la sévérité (lu Retard mental et des handicaps associés. Les déficits des capacités de communication peuvent rendre le sujet incapable de faire part de ses antécédents de façon adéquate (p. ex., le diagnostic d'Épisode dépressif majeur s'appuiera souvent, chez un adulte atteint de Retard mental qui n'a pas de langage, sur des manifestations telles qu'une humeur dépressive, une irritabilité, une anorexie, ou une insomnie, observées par autrui). Le choix d'un diagnostic spécifique est souvent plus difficile que chez les sujets sans Retard mental et, si c'est le cas, la catégorie « non spécifié » peut être employée (p. ex., Trouble dépressif non spécifié). Les troubles mentaux les plus couramment associés sont le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, les Troubles de l'humeur, les Troubles envahissants (lu développement, le Trouble mouvements stéréotypés et les Troubles mentaux dus à une affection médicale générale (p. ex., Démence due à un traumatisme crânien). Les sujets dont le Retard mental est lié à un syndrome de Down peuvent présenter un risque accru de démence de type Alzheimer d'apparition ultérieure. Les modifications cérébrales

pathologiques associées à ce trouble apparaissent en général au début de la quarantaine, bien que les symptômes cliniques de clémence ne soient évidents que plus tard.

Des liens entre des Licteurs étiologiques spécifiques et certains symptômes comorbides ou troubles mentaux ont été rapportés. Par exemple, le syndrome de l'X fragile semble augmenter le risque de présenter un Déficit de l'attention/hyperactivité et une Phobie sociale ; les individus ayant un syndrome de Prader-Willi peuvent présenter une hyperphagie et des compulsions, et le syndrome de Williams peut augmenter le risque de Troubles anxieux et de Déficit de l'attention/hyperactivité.

Facteurs prédisposants. Les facteurs étiologiques, dans le Retard mental, peuvent être primitivement biologiques, primitivement psychosociaux, ou une combinaison des deux. Dans environ 30 % à 40 des cas vus en pratique clinique, aucune étiologie précise ne peut être retrouvée, malgré des investigations poussées. C'est dans les cas de Retard mental grave ou profond que l'identification d'étiologies spécifiques est la plus vraisemblable. Les principaux Licteurs prédisposants sont les suivants :

Hérédité (environ 5 % des cas) : ces facteurs comprennent les erreurs innées du métabolisme, héritées pour la plupart sur un mode autosomique récessif (p. ex., maladie de Tay-Sachs), d'autres maladies monogéniques de transmission mendélienne et d'expression variable (p. ex., sclérose tubéreuse) et les aberrations chromosomiques (p. ex., translocation du syndrome de Down, syndrome de l'X fragile). Les progrès en génétique permettront probablement d'identifier un nombre croissant de formes héréditaires de Retard mental.

Altérations précoces du développement embryonnaire (environ 30 % des cas) : ces facteurs comprennent les modifications chromosomiques (p. ex., le syndrome de Down, dû à la trisomie 21) ou les atteintes prénatales d'origine toxique (p. ex., alcoolisme maternel, maladies infectieuses).

Influences environnementales : ces facteurs comprennent les carences de maternage et de stimulations sociales, linguistiques ou autres.

Troubles mentaux : ces facteurs comprennent le Trouble autistique et d'autres Troubles envahissants du développement.

Problèmes au cours de la grossesse et problèmes périnataux : ces facteurs comprennent la malnutrition foetale, la prématurité, l'hypoxie, les infections virales ou autres infections, et les traumatismes.

Maladies somatiques générales contractées dans la première ou la deuxième enfance : ces facteurs comprennent les maladies infectieuses, les traumatismes et les intoxications (p. ex., par le plomb).

Examens complémentaires. Outre les résultats des évaluations psychologiques et de l'évaluation des comportements adaptatifs, qui sont nécessaires au diagnostic de Retard mental, il n'existe pas de perturbation biologique qui puisse être liée de façon univoque au Retard mental. Il peut exister des éléments biologiques diagnostiques en rapport avec une affection médicale générale associée (p. ex., anomalies du caryotype dans diverses maladies génétiques, phénylalaninémie élevée dans la phénylcétonurie, ou anomalies à l'imagerie du système nerveux central).

Examen physique et affections médicales générales associées. Il n'existe pas de caractéristique somatique spécifique associée au Retard mental. Lorsque le Retard mental fait partie d'un syndrome spécifique, les caractéristiques cliniques de *ce* syndrome seront présentes (p. ex., les caractéristiques physiques du syndrome de Down). Plus le Retard mental est sévère (surtout s'il est grave ou profond), plus la probabilité sera grande de trouver des troubles neurologiques (p. ex., épilepsie) ou des troubles neuromusculaires, visuels, auditifs, cardio-vasculaires, ou autres.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il faut s'assurer que les méthodes de mesure de l'intelligence prennent correctement en compte le contexte ethnique ou culturel du sujet. Ceci se fait en général en utilisant des tests pour lesquels les caractéristiques pertinentes du sujet sont représentées dans l'échantillon de référence, ou en faisant intervenir un examinateur familier avec la culture ou l'ethnie du sujet. Une évaluation individuelle est toujours exigée pour porter le diagnostic de Retard mental. La prévalence des Retards mentaux dus à des facteurs biologiques connus est similaire parmi les enfants des différentes classes sociales, exception faite de certains facteurs étiologiques qui peuvent être liés à un niveau socio-économique plus bas (p. ex., saturnisme et naissances prématurées). Dans les cas où aucune cause biologique spécifique ne peut être identifiée, le Retard mental est en général plus léger (bien que tous les degrés de gravité puissent s'observer) et les classes socio-économiques les plus défavorisées sont sur-représentées. Le stade du développement doit être pris en compte dans l'évaluation de l'altération des capacités adaptatives, car les capacités à utiliser les ressources sociales et professionnelles de l'environnement varient avec l'âge. Le Retard mental est plus fréquent chez les sujets de sexe masculin, avec un sex-ratio d'environ 1,5 : 1.

Prévalence

Le taux de prévalence du Retard mental est estimé aux alentours de 1 %. Cependant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluation et des populations étudiées.

Évolution

Le diagnostic de Retard mental implique que le début du trouble survienne avant l'âge de 18 ans. L'âge et le mode de début dépendent de l'étiologie et de la sévérité du Retard mental. Les retards les plus sévères, surtout s'ils sont associés à un syndrome ayant un phénotype caractéristique, tendent à être repérés tôt (p. ex., le syndrome de Down est généralement diagnostiqué dès la naissance). En revanche, un Retard mental léger, d'origine inconnue, sera généralement détecté plus tard. Dans les retards sévères d'étiologie acquise, l'altération intellectuelle s'installera plus brutalement (p. ex., retard mental secondaire à une encéphalite). L'évolution du Retard mental sera influencée par l'évolution des affections médicales sous-jacentes et par les facteurs environnementaux (p. ex., opportunités éducatives ou autres, environnement stimulant, prise en charge appropriée). Si l'affection médicale sous-jacente est stabilisée, l'évolution sera variable et dépendra des facteurs environnementaux. Le Retard mental n'est pas nécessairement un trouble qui dure toute la vie. Les sujets qui ont eu un Retard mental léger au début de leur vie, avec échec dans les acquisitions scolaires, pourront développer, avec un apprentissage adéquat et dans des conditions favorables, de bonnes capacités adaptatives dans d'autres domaines et ne plus présenter le niveau de perturbation requis pour le diagnostic de Retard mental.

Aspects familiaux

Du fait de l'hétérogénéité des étiologies possibles, il n'existe pas de profil familial qui puisse s'appliquer au Retard mental en tant que catégorie générale. L'héritabilité du Retard mental est discutée au paragraphe « Facteurs prédisposants » (voir p. 52).

Diagnostic différentiel

Les critères diagnostiques du Retard mental ne comprennent aucun critère d'exclusion ; c'est pourquoi, le diagnostic doit être porté dès que les critères diagnostiques sont tous réunis, qu'un autre trouble soit ou non présent. Dans les **Troubles des apprentissages** ou les **Troubles de la communication** (non associés à un Retard mental), le développement est perturbé dans un domaine spécifique (p. ex., lecture, langage de type expressif), mais il n'existe pas d'altération générale du développement intellectuel ou du fonctionnement adaptatif. On peut porter le diagnostic de Trouble des apprentissages ou de Trouble de la communication chez un sujet atteint de Retard mental si le déficit spécifique est hors de proportion avec la sévérité du Retard mental. Dans les **Troubles envahissants du développement,** il existe une altération qualitative du développement des interactions sociales et du développement des capacités de communication sociale verbale et non verbale. Un Retard mental est souvent associé aux Troubles envahissants du développement (75 % à 80 % des sujets atteints de Troubles envahissants du développement ont aussi un Retard mental).

Certains cas de Retard mental débutent après une période de fonctionnement normal et peuvent répondre à un diagnostic additionnel (le **démence.** Le diagnostic de démence implique que l'altération de la mémoire et des autres fonctions cognitives entraîne un déclin significatif du fonctionnement par rapport à son niveau antérieur. Du fait de la difficulté à déterminer le niveau antérieur de fonctionnement chez de très jeunes enfants, le diagnostic de clémence n'est pas approprié avant que l'enfant ait un âge compris entre 4 et 6 ans. En général, le diagnostic de démence n'est porté que si la maladie n'est pas décrite de façon satisfaisante par le seul diagnostic de Retard mental.

Le **Fonctionnement intellectuel limite** (voir p. 852) correspond à un niveau de QI plus élevé que celui requis pour le Retard mental (généralement 71 à 84). Comme cela a été discuté plus haut, la note du QI comporte une marge d'erreur d'environ 5 points, qui dépend du test utilisé. Ainsi, il est possible de porter le diagnostic de Retard mental chez des sujets ayant un score de QI compris entre 71 et 75, s'ils ont des déficits significatifs des comportements adaptatifs correspondant aux critères du Retard mental. Le diagnostic différentiel entre le Retard mental léger et le Fonctionnement intellectuel limite nécessite une prise en considération minutieuse de toutes les données disponibles.

Correspondance avec les autres classifications du Retard mental

Le système de classification de l'Association Américaine sur le Retard Mental (AAMR[1]) comprend les trois mêmes critères que ceux du DSM-IV (c.-à-d. fonctionnement intel-

1. En anglais, *American Association on Mental Retardation* (N.d.T.).

lectuel significativement inférieur à la moyenne, limitation des capacités adaptatives, et début avant l'âge de 18 ans). Dans la classification de l'AAMR, le critère de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne fait référence à un score standard d'environ 70-75 ou au-dessous (ce qui prend en compte la marge d'erreur potentielle de plus ou moins 5 points du test de QI). Le DSM-IV spécifie des niveaux de sévérité, tandis que le système de classification de l'AAMR établi en 1992 spécifie la « Modalité et l'Intensité de l'Assistance Nécessaire » Intermittente, Limitée, Élargie, et Globale r'), ce qui n'est pas directement superposable aux degrés de sévérité du DSM-IV. La définition, dans les textes de Loi Publique 95-602 (1978), des incapacités développementales n'est pas limitée au Retard Mental et se fonde sur des critères fonctionnels. Cette loi définit l'incapacité développementale comme une incapacité attribuable à une perturbation mentale ou physique, se manifestant avant l'âge de 22 ans, susceptible de se poursuivre indéfiniment, entraînant une limitation importante dans au moins trois des domaines spécifiés de fonctionnement, et nécessitant une prise en charge spécifique, à vie ou prolongée.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les méthodes de définition des niveaux de sévérité du Retard mental diffèrent légèrement d'un système à l'autre. Les critères pour la recherche de la CIM-10 définissent les niveaux par des scores-seuil exacts : Léger est défini par un score entre 50 et 69, Moyen entre 35 et 49, Grave entre 20 et 34 et Profond par un score inférieur à 20. En revanche, le DSM-IV permet une plus grande souplesse pour associer la sévérité à un score donné de QI, en définissant des niveaux de sévérité dont les scores peuvent se recouvrir. Dans l'intervalle de recouvrement des scores, la sévérité est déterminée par le niveau du fonctionnement adaptatif.

Critères diagnostiques du Retard mental

A. Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).

B. Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c.-à-d. de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.

C. Début avant l'âge de 18 ans.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Retard mental *(suite)*

Code, en fonction du degré de sévérité, reflétant le niveau du déficit intellectuel :

F70.x [317] Retard mental léger : niveau de QI de 50-55 à 70 environ
F71.x [318.0] Retard mental moyen : niveau de QI de 35-40 à 50-55
F72.x [318.1] Retard mental grave : niveau de QI de 20-25 à 35-40
F73.x [318.2] Retard mental profond : niveau de QI inférieur à 20-25
F79.x [319] Retard mental, sévérité non spécifiée : lorsqu'il existe une forte présomption de Retard mental mais que l'intelligence du sujet ne peut être mesurée par des tests standardisés.

Troubles des apprentissages (*auparavant* Troubles des acquisitions scolaires)

Le chapitre sur les Troubles des apprentissages comprend le Trouble de la lecture, le Trouble du calcul, le Trouble de l'expression écrite et le Trouble des apprentissages non spécifié.

Caractéristiques diagnostiques

Le diagnostic d'un Trouble des apprentissages est porté lorsque les performances du sujet à des tests standardisés, passés de façon individuelle, portant sur la lecture, le calcul ou l'expression écrite sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel. Les problèmes d'apprentissage interfèrent de manière significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante qui nécessitent de savoir lire, compter ou écrire. Plusieurs approches statistiques peuvent être utilisées pour déterminer si la différence est significative. *Nettement au-dessous* se définit généralement par une différence de plus de 2 déviations standards entre les performances et le QI. Une différence moins importante (c.-à-d. entre I et 2 déviations standards) est parfois retenue, particulièrement clans les cas où la performance d'un sujet au test de QI peut avoir été perturbée par un trouble associé des processus cognitifs, par un trouble mental prémorbicle ou une affection médicale générale, ou encore par le contexte ethnique ou culturel. Si un déficit sensoriel est présent, les difficultés d'apprentissage doivent être supérieures à celles habituellement associées à ce déficit. Les Troubles des apprentissages peuvent persister à l'âge adulte.

Caractéristiques et troubles associés

Une démoralisation, une mauvaise estime de soi et des déficits dans les capacités adaptatives peuvent être associées aux Troubles des apprentissages. Le taux des enfants ou des adolescents atteints de Troubles des apprentissages qui abandonnent la scolarité

est estimé à environ 40 % (environ 1,5 fois la moyenne). Les adultes ayant des Troubles des apprentissages peuvent rencontrer de sérieuses difficultés à s'adapter sur le plan social ou professionnel. De nombreux individus (10 % à 25 %) ayant un Trouble des conduites, un Trouble oppositionnel avec provocation, un Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, un Trouble dépressif majeur, ou un Trouble dysthymique ont également un Trouble des apprentissages. Certaines données laissent penser que des retards d'acquisition du langage peuvent survenir en association à des Troubles des apprentissages (en particulier le Trouble de la lecture), bien que ces retards puissent ne pas être suffisamment sévères pour justifier un diagnostic séparé de Trouble de la communication. Dans les Troubles des apprentissages, on note également une fréquence accrue du Trouble de l'acquisition de la coordination.

Il peut exister des anomalies sous-jacentes des processus cognitifs (p. ex., des déficits de la perception visuelle, des processus linguistiques, de l'attention ou de la mémoire, isolés ou en association) qui, souvent, précèdent les Troubles des apprentissages ou leur sont associées. Les tests standardisés utilisés pour mesurer ces processus sont en général moins fiables et moins valides que d'autres tests psychoéducatifs. Bien qu'une prédisposition génétique, une souffrance périnatale et diverses maladies neurologiques ou affections médicales générales puissent être associées au développement des Troubles des apprentissages, la présence de tels facteurs ne prédit pas inéluctablement l'apparition d'un Trouble des apprentissages, et il existe de nombreux sujets atteints de Troubles des apprentissages qui n'ont pas ces antécédents. Les Troubles des apprentissages sont, néanmoins, souvent retrouvés en association avec diverses affections médicales générales (p. ex., saturnisme, fœtopathie alcoolique ou syndrome de l'X fragile).

Caractéristiques culturelles spécifiques

Il faut prendre soin de s'assurer que les méthodes de mesure de l'intelligence prennent correctement en compte le contexte ethnique ou culturel du sujet. Ceci se fait généralement en utilisant des tests pour lesquels les caractéristiques pertinentes du sujet sont représentées dans l'échantillon de référence, ou en faisant intervenir un examinateur familier avec la culture ou l'ethnie (lu sujet. Une évaluation individuelle est toujours exigée pour porter le diagnostic d'un Trouble des apprentissages.

Prévalence

On estime que la prévalence des Troubles des apprentissages est comprise entre 2 % et 10 %, selon les modalités d'évaluation et les définitions employées. Environ 5 % des élèves des écoles publiques aux États-Unis sont repérés comme ayant un Trouble des apprentissages.

Diagnostic différentiel

Les Troubles des apprentissages doivent être différenciés des **variations de la normale concernant les réalisations scolaires** et de difficultés scolaires dues à l'**absence des conditions nécessaires au travail,** à un **mauvais enseignement** ou à des **facteurs culturels.** Une scolarité mal adaptée peut entraîner de mauvaises performances aux tests standardisés d'acquisitions scolaires. Les enfants venant d'horizons ethniques ou culturels différents de ceux qui prévalent dans le milieu scolaire ou les

enfants dont la langue maternelle n'est pas le Français et ceux qui ont été scolarisés dans des écoles où l'enseignement n'a pas été adéquat, peuvent obtenir de mauvais résultats aux tests évaluant les acquisitions. Ces mêmes enfants ont un risque plus grand d'absentéisme lié à une fréquence accrue de maladies ou à un environnement de vie appauvri ou chaotique.

Des **troubles de la vision ou de l'audition** peuvent affecter les capacités d'apprentissage et doivent être recherchés par des examens visuels ou audiométriques. Le diagnostic de Trouble des apprentissages peut être porté en présence de ce type de déficits sensoriels uniquement si les difficultés d'apprentissage sont nettement plus importantes que celles habituellement associées à ces déficits. S'il existe des troubles neurologiques ou d'autres affections médicales associées, ceux-ci doivent être codés sur l'Axe III.

Dans le **Retard mental,** les difficultés d'apprentissage sont proportionnelles au déficit général des fonctions intellectuelles. Cependant, dans certains cas de Retard mental léger, le niveau de réalisation en lecture, calcul ou expression écrite est significativement inférieur au niveau attendu compte tenu de la scolarité du sujet et de la sévérité du Retard mental. Dans de tels cas, il faut porter le diagnostic additionnel du Trouble des apprentissages approprié.

Dans le contexte de **Troubles envahissants du développement,** on doit faire un diagnostic additionnel de Trouble des apprentissages seulement si le niveau scolaire est significativement inférieur à celui que l'on attend du sujet, compte tenu de son fonctionnement intellectuel et de sa scolarité. Chez les sujets ayant un **Trouble de la communication,** on peut avoir besoin, pour évaluer le fonctionnement intellectuel, (l'utiliser des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Dans les cas où la réussite scolaire est significativement inférieure à l'évaluation de ces capacités, il faut porter le diagnostic du Trouble (les apprentissages approprié.

Le **Trouble du calcul** et le **Trouble de l'expression écrite** surviennent le plus souvent en association au **Trouble de la lecture.** Si les critères de plusieurs Troubles des apprentissages sont présents, tous doivent être diagnostiqués.

F81.0 [315.00] Trouble de la lecture

Critères diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de la lecture est une faiblesse des réalisations en lecture (c.-à-d. exactitude, rapidité ou compréhension, mesurées par des tests standardisés passés de façon individuelle), réalisations qui sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge (Critère A). La perturbation de la lecture interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante faisant appel à la lecture (Critère B). S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés en lecture dépassent celles habituellement associées à celui-ci (Critère C). S'il existe une maladie neurologique, une autre affection médicale générale ou un déficit sensoriel, on doit les coder sur l'Axe III. Chez les sujets ayant un Trouble de la lecture (aussi appelé « dyslexie »), la lecture à voix haute se caractérise par des déformations, des substitutions ou des omissions ; aussi bien la lecture à voix haute

que la lecture silencieuse se caractérisent par une lenteur et des erreurs de compréhension.

Caractéristiques et troubles associés

Voir le paragraphe « Caractéristiques et troubles associés » des Troubles des apprentissages (p. 56). Le Trouble du calcul et le Trouble de l'expression écrite sont fréquemment associés au Trouble de la lecture, et il est relativement rare de rencontrer l'un de ces deux troubles en l'absence du Trouble de la lecture.

Caractéristiques spécifiques liées au sexe

Soixante à quatre-vingts pour cent des sujets chez qui est porté le diagnostic de Trouble de la lecture sont de sexe masculin, mais les demandes de consultation sont souvent biaisées en faveur de l'identification des garçons, car ceux-ci présentent plus souvent des comportements perturbateurs associés aux Trouble de la lecture. On a montré que le Trouble de la lecture survient avec une fréquence égale chez les garçons et chez les filles lorsque l'on utilise une procédure diagnostique soigneuse et des critères stricts, plutôt que les méthodes habituelles de diagnostic fondé sur le signalement scolaire.

Prévalence

12 prévalence du Trouble de la lecture est difficile à établir car beaucoup d'études s'intéressent à la prévalence des Troubles des apprentissages sans prendre soin de différencier les troubles spécifiques de la lecture, du calcul ou de l'expression écrite. Le Trouble de la lecture, seul ou en association au Trouble du calcul ou au Trouble de l'expression écrite, constitue environ les 4/5 des Troubles des apprentissages. La prévalence du Trouble *de* la lecture aux États-Unis est estimée à 4 % des enfants d'âge scolaire. Un profil d'incidence et de prévalence plus basses peut être retrouvé dans certains pays où des critères plus stricts sont utilisés.

Évolution

Bien que les premiers symptômes d'une difficulté en lecture (p. ex., incapacité à distinguer les lettres usuelles ou à associer les phonèmes communs aux graphèmes correspondants) puissent survenir dès la maternelle, le Trouble de la lecture est rarement diagnostiqué avant la dernière année de maternelle ou le début du cours préparatoire, puisque l'enseignement formel de la lecture ne débute pas avant ces classes dans la plupart des écoles. Particulièrement lorsque le Trouble de la lecture est associé à un QI élevé, l'enfant peut fonctionner à un niveau proche de celui de son année scolaire pendant les premières années d'école primaire, et le Trouble de la lecture peut n'apparaître clairement qu'à partir du cours moyen première année, voire plus tard. Si le trouble est reconnu et pris en charge précocement, le pronostic est bon dans un pourcentage de cas important. Le Trouble de la lecture peut persister à l'âge adulte.

Aspects familiaux

Le Trouble *de* la lecture a un caractère familial et il est plus fréquent parmi les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant des Troubles des apprentissages.

Diagnostic différentiel

Voir le paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles *des* apprentissages (p. 57

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent que le score-seuil, pour les réalisations en lecture, se situe deux déviations standard au-dessous du niveau escompté. De plus, le diagnostic de Trouble de la lecture est prédominant par rapport à celui de Trouble de l'arithmétique, si bien que, si les critères des deux troubles sont présents, on ne doit porter que le diagnostic de Trouble de la lecture. *Ceci* contraste avec le DSM-IV Où il est permis de porter les deux diagnostics. Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Trouble spécifique de la lecture.

Critères diagnostiques du F81.0 [315.001 Trouble de la lecture

A. Les réalisations en lecture, évaluées par des tests standardisés passés de façon individuelle mesurant l'exactitude et la compréhension de la lecture, sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

B. La perturbation décrite dans le Critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités *de* la vie courante faisant appel à la lecture.

C. S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés en lecture dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

Note de codage : S'il existe une affection médicale générale (p. ex., neurologique) ou un déficit sensoriel, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F8 1 .2 [3 1 5. 1 1 Trouble du calcul

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du calcul est une faiblesse des aptitudes en mathématiques (évaluées par des tests standardisés explorant le calcul ou le raisonnement, passés de façon individuelle), qui sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests), et d'un enseignement approprié à son âge (Critère A). La perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante faisant appel aux aptitudes mathématiques (Critère B). S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés en mathématiques dépassent celles habituellement associées à celui-ci (Critère C). S'il existe une maladie neurologique, une autre affection médicale générale ou un déficit sensoriel, on doit les coder sur l'Axe III. Des aptitudes multiples et variées peuvent être perturbées dans le Trouble du calcul, y compris les aptitudes « linguistiques » (p. ex., comprendre ou nommer les termes mathématiques, les opérations ou les concepts, traduire les problèmes écrits en symboles mathématiques), les aptitudes « perceptives » (p. ex., reconnaître ou lire les symboles numériques ou les signes arithmétiques, regrouper des objets en ensembles), les aptitudes « attentionnelles » (p. ex., copier correctement les chiffres ou les figures, ne pas oublier d'additionner les retenues ou respecter les signes dans une opération), et les aptitudes « mathématiques » (p. ex., suivre les étapes d'un raisonnement mathématique, dénombrer des objets, apprendre les tables de multiplication).

Caractéristiques et troubles associés

Voir le paragraphe « Caractéristiques et troubles associés » des Troubles des apprentissages (p. 56). On rencontre souvent le Trouble du calcul en association avec le Trouble de la lecture ou le Trouble de l'expression écrite.

Prévalence

La prévalence du Trouble du calcul est difficile à établir car beaucoup d'études s'intéressent à la prévalence des Troubles des apprentissages sans prendre soin de différencier les troubles spécifiques (le la lecture, du calcul, ou de l'expression écrite. La prévalence du Trouble du calcul isolé (c.-à-d. non associé à d'autres Troubles des apprentissages) constitue environ 1/5 des Troubles des apprentissages. On estime que 1 % des enfants d'âge scolaire ont un Trouble du calcul.

Évolution

Bien que les symptômes d'une difficulté en mathématiques (p. ex., confusion des chiffres ou incapacité à compter correctement) puissent survenir dès la maternelle ou le début du cours préparatoire, le Trouble du calcul est rarement diagnostiqué avant la fin du cours préparatoire, car un enseignement formel suffisant des mathématiques ne débute pas avant ce stade dans la plupart des écoles. En général, le trouble devient manifeste au cours élémentaire (première ou deuxième année). Particulièrement lorsque le Trouble du calcul est associé à un QI élevé, l'enfant peut fonctionner à un niveau proche de celui de son année scolaire dans les premières années du primaire,

et le Trouble du calcul peut n'apparaître clairement qu'à partir du cours moyen deuxième année, voire plus tard.

Diagnostic différentiel

Voir le paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles des apprentissages (p. 57).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent que le score-seuil, pour les réalisations en calcul, se situe deux déviations standard au-dessous du niveau escompté. De plus, le diagnostic de Trouble de la lecture est prédominant par rapport à celui de Trouble de l'arithmétique, si bien que, si les critères des deux troubles sont présents, on ne doit porter que le diagnostic de Trouble de la lecture. Ceci contraste avec le DSM-IV où il est permis de porter les deux diagnostics. Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Trouble spécifique de l'arithmétique.

Critères diagnostiques du F81.2 [315.1] Trouble du calcul

A. Les aptitudes en mathématiques, évaluées par des tests standardisés passés de façon individuelle, sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

B. La perturbation décrite dans le Critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante faisant appel aux mathématiques.

C. S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés en mathématiques dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

Note de codage : S'il existe une affection médicale générale (p. ex., neurologique> ou un déficit sensoriel, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F81.8 [315.2] Trouble de l'expression écrite

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de ce trouble est une faiblesse des capacités d'expression écrite (évaluées par des tests standardisés, passés de façon individuelle, ou par l'estimation de la qualité fonctionnelle de ces capacités), capacités qui sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son

niveau intellectuel (mesuré par des tests), et d'un enseignement approprié à son âge (Critère A). La perturbation de l'expression écrite interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante faisant appel à l'écriture (Critère B). S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés d'expression écrite dépassent celles habituellement associées à celui-ci (Critère C). S'il existe une maladie neurologique, une autre affection médicale générale ou un déficit sensoriel, on doit les coder sur l'Axe III. On observe en général un mélange de difficultés touchant les capacités du sujet à composer des textes écrits, objectivées par des erreurs de grammaire ou de ponctuation au sein des phrases, par une mauvaise construction des paragraphes, de nombreuses fautes d'orthographe, et une très mauvaise écriture. En général, le diagnostic de Trouble de l'expression écrite n'est pas porté s'il existe seulement des fautes d'orthographe ou une mauvaise écriture, sans autre perturbation de l'expression écrite. En comparaison avec les autres Troubles des apprentissages, on sait relativement moins de choses sur le Trouble de l'expression écrite et sur sa rééducation, en particulier lorsqu'il survient en l'absence du Trouble de la lecture. Sauf en ce qui concerne l'orthographe, les tests standardisés sont, clans ce domaine, moins bien développés que les tests de lecture ou d'aptitudes mathématiques, et l'évaluation du déficit des aptitudes à écrire peut nécessiter la comparaison d'échantillons étendus du travail scolaire écrit du sujet au niveau de performance escompté, compte tenu de son âge et *de* son QI. C'est particulièrement le cas pour les jeunes enfants, dans les petites classes du primaire. Des tâches clans lesquelles l'enfant doit copier, écrire sous la dictée et écrire librement, sont parfois toutes nécessaires pour établir la présence du trouble et évaluer son étendue.

Caractéristiques et troubles associés

Voir le paragraphe « Caractéristiques et troubles associés » des Troubles des apprentissages (p. 56). Le Trouble de l'expression écrite est souvent rencontré en association avec le Trouble de la lecture ou le Trouble du calcul. Quelques données font état d'une association possible de ce trouble à des déficits du langage et des fonctions perceptivo-motrices.

Prévalence

La prévalence du Trouble de l'expression écrite est difficile à établir car beaucoup d'études s'intéressent à la prévalence des Troubles des apprentissages en général sans prendre soin de différencier les troubles spécifiques de la lecture, du calcul, ou de l'expression écrite. Le Trouble de l'expression écrite est rare lorsqu'il n'est pas associé à d'autres Troubles des apprentissages.

Évolution

Bien que les premiers symptômes d'une difficulté à écrire (p. ex., écriture ou copie particulièrement défectueuses, incapacité à se rappeler les séquences de lettres clans les mots courants) puissent survenir dès le début du cours préparatoire, le Trouble de l'expression écrite est rarement diagnostiqué avant la fin du cours préparatoire, car un enseignement formel suffisant de l'écriture ne débute pas avant ce stade dans la plupart des écoles. Le trouble devient en général manifeste au cours élémentaire première

année. Le Trouble de l'expression écrite se rencontre parfois chez des enfants plus âgés ou des adultes, et son pronostic à long terme est mal connu.

Diagnostic différentiel

Voir le paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles des apprentissages (p. 57). Un trouble isolé de l'orthographe ou de l'écriture, en l'absence d'autres difficultés de l'expression écrite, ne justifie pas, en général, un diagnostic de Trouble de l'expression écrite. Si le mauvais graphisme est dû à un déficit de la coordination motrice, il faut envisager un diagnostic de **Trouble de l'acquisition de la coordination.**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 n'individualise pas le Trouble de l'expression écrite, mais, à sa place, le Trouble spécifique de l'orthographe. Dans le DSM-IV, les difficultés en orthographe font partie *de* la définition du Trouble de l'expression écrite mais il faut, pour justifier le diagnostic, des difficultés d'expression écrite autres que de simples difficultés en orthographe.

Critères diagnostiques du F81.8 1315.21 Trouble de l'expression écrite

A. Les capacités d'expression *écrite,* évaluées par des tests standardisés passés de façon individuelle (ou par l'estimation de la qualité fonctionnelle de ces capacités) sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

B. La perturbation décrite dans le Critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante qui requièrent l'élaboration de textes écrits (p. ex., écrire avec des phrases grammaticalement correctes, en paragraphes bien construits).

C. S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés d'expression écrite dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

Note de codage : S'il existe une affection médicale générale (p. ex., neurologique) ou un déficit sensoriel, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F81.9 [315.9] Trouble des apprentissages non spécifié

Cette catégorie concerne les troubles des apprentissages qui ne répondent pas aux critères de l'un des Troubles des apprentissages spécifiques. Cette catégorie pourrait inclure des difficultés clans les trois domaines (lecture, mathématiques, expression écrite) qui, ensemble, compromettent significativement la réussite scolaire, même si les performances aux tests mesurant chacune des aptitudes ne sont pas nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son intelligence (mesurée par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

Troubles des habiletés motrices

F.82 [315.4] Trouble de l'acquisition de la coordination

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'acquisition de la coordination est une perturbation marquée du développement de la coordination motrice (Critère A). Le diagnostic n'est porté que si cette perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante (Critère B). Le diagnostic n'est fait que si les difficultés de coordination ne sont pas liées à une affection médicale générale (p. ex., infirmité motrice cérébrale, hémiplégie ou dystrophie musculaire) et ne répondent pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement (Critère C). S'il existe un Retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci (Critère D). Les manifestations du trouble varient en fonction de l'âge et du niveau de développement. Par exemple, les plus jeunes enfants peuvent présenter une maladresse et des retards dans les étapes du développement moteur (p. ex., ramper, s'asseoir, marcher, nouer ses lacets, boutonner sa chemise, remonter une fermeture éclair). Les enfants plus âgés peuvent présenter des difficultés dans la motricité nécessaire pour assembler des puzzles, construire des maquettes, jouer au ballon, taper à la machine ou écrire à la main.

Caractéristiques et troubles associés

Les problèmes couramment associés au Trouble de l'acquisition de la coordination comprennent des retards dans les acquisitions non motrices du développement. Les troubles associés peuvent inclure le Trouble phonologique, le Trouble du langage de type expressif et le Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif.

Prévalence

On estime que la prévalence du Trouble de l'acquisition de la coordination peut atteindre 6 % des enfants âgés de 5 à 11 ans.

Évolution

Le Trouble de l'acquisition de la coordination est habituellement détecté lorsque l'enfant fait ses premiers essais dans des activités telles que courir, tenir un couteau, boutonner ses vêtements ou jouer au ballon. L'évolution est variable. Dans certains cas, le manque de coordination persiste à l'adolescence et à l'âge adulte.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'acquisition de la coordination doit être distingué des perturbations motrices liées à une affection médicale générale. Des problèmes de coordination peuvent être associés à des **troubles neurologiques spécifiques** (p. ex., infirmité motrice cérébrale, lésions progressives du cervelet) mais, dans ces cas, il existe une lésion neurologique définie et des anomalies à l'examen neurologique. S'il existe un **Retard mental,** le Trouble rie l'acquisition de la coordination ne peut être diagnostiqué que si les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées au Retard mental. On ne porte pas le diagnostic de Trouble de l'acquisition de la coordination si les critères d'un **Trouble envahissant du développement** sont présents. Les sujets atteints du **Trouble déficit de l'attention/hyperactivité** peuvent tomber, se cogner ou faire tomber des objets, mais ceci est en général dû à la distractibilité et à l'impulsivité plutôt qu'à une perturbation motrice. Si les critères des deux troubles sont présents, les deux diagnostics peuvent être portés.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères pour la recherche de la CIM-10 proposent, pour porter le diagnostic, un score-seuil, lors de l'évaluation standardisée de la coordination motrice fine et grossière, situé cieux déviations standard au-dessous du niveau escompté. Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Trouble spécifique du développement moteur.

Critères diagnostiques du F.82 [315.4] Trouble de l'acquisition de la coordination

A. Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et rie son niveau intellectuel (mesuré par des tests). Cela peut se traduire par (les retards importants clans les étapes du développement psychomoteur (p. ex., ramper, s'asseoir, marcher), par le fait rie laisser tomber des objets, par rie la « maladresse », de mauvaises performances sportives ou une mauvaise écriture.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F.82 1315.4] Trouble de l'acquisition de la coordination *(suite)*

B. La perturbation décrite dans le Critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante.

C. La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale (p. ex., infirmité motrice cérébrale, hémiplégie ou dystrophie musculaire) et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un Retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

Note de codage : S'il existe une affection médicale générale (p. ex., neurologique) ou un déficit sensoriel, coder ceux-ci sur l'Axe III.

Troubles de la communication

Les Troubles de la communication suivants sont inclus dans ce chapitre : Trouble du langage de type expressif, Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif, Trouble phonologique, Bégaiement, et Trouble de la communication non spécifié. Ils sont inclus dans cette classification pour familiariser les cliniciens avec les modes de présentation des Troubles de la communication et pour faciliter leur diagnostic différentiel.

F80.1 [315.311 Trouble du langage de type expressif

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du langage de type expressif est une altération du développement des capacités d'expression du langage, comme le montrent les résultats obtenus lors de l'évaluation standardisée, passée de façon individuelle, du développement du langage expressif, qui sont nettement au-dessous : des scores obtenus lors de mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part ; de ceux obtenus lors de mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part (Critère A). En l'absence d'instruments standardisés disponibles ou appropriés, le diagnostic peut se fonder sur une évaluation fonctionnelle sérieuse des aptitudes langagières de l'individu. Les difficultés peuvent concerner la communication impliquant à la fois le langage verbal et le langage des signes. Les difficultés de langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B). Les symptômes ne répondent pas aux critères du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif, ni à ceux d'un Trouble envahissant

du développement (Critère C). S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent celles habituellement associées à ces conditions (Critère D). S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, il faut les coder sur l'Axe III.

Les caractéristiques linguistiques du trouble varient en fonction de sa sévérité et de l'âge de l'enfant. Ces caractéristiques comprennent un discours quantitativement restreint, un vocabulaire peu étendu, une difficulté à acquérir des mots nouveaux, des erreurs de vocabulaire ou des erreurs d'accès au lexique interne, des phrases raccourcies, des structures grammaticales simplifiées, une limitation des types de structures grammaticales (p. ex., formes des verbes), une limitation des types de propositions (p. ex., impératives, interrogatives), des omissions de parties essentielles dans une phrase, l'emploi d'une succession inhabituelle de mots, et une lenteur de l'acquisition du langage. Les capacités de fonctionnement non linguistique (évaluées par les subtests de performance des tests d'intelligence) et les capacités de compréhension du langage se situent, en général, dans les limites de la normale. Le Trouble du langage de type expressif peut être acquis ou développemental. Dans la forme acquise, l'altération du langage expressif survient après une période de développement normal, comme conséquence (l'une maladie neurologique ou d'une affection médicale générale (p. ex., encéphalite, traumatisme crânien, irradiation). Dans la forme développementale, l'altération du langage expressif n'est pas liée à une lésion neurologique post-natale d'origine connue. Les enfants ayant cette forme commencent souvent à parler tardivement et abordent les différentes étapes de l'acquisition du langage expressif plus lentement que la normale.

Caractéristiques et troubles associés

La caractéristique la plus couramment associée, chez les plus jeunes enfants, au Trouble du langage de type expressif est le Trouble phonologique. Il peut aussi exister une perturbation de la fluence et de la formulation du langage, comprenant un débit verbal anormalement rapide, un rythme irrégulier de la parole, et des perturbations de la structure du langage (« bredouillement »). Lorsque le Trouble du langage de type expressif est acquis, d'autres difficultés d'élocution sont également courantes : il peut s'agir de problèmes moteurs articulatoires, (l'erreurs phonologiques, de lenteur de la parole, de répétitions de syllabes, et de monotonie dans l'intonation et les accents toniques. Chez les enfants d'âge scolaire, des problèmes scolaires et des problèmes (l'apprentissage (p. ex., écrire sous la dictée, recopier des phrases, connaître l'orthographe), qui peuvent répondre aux critères des Troubles des apprentissages, sont souvent associés au Trouble du langage de type expressif. Il peut aussi exister une altération légère des capacités réceptives du langage mais, si celle-ci est importante, on doit porter le diagnostic de Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif. Des antécédents de retard pour certaines acquisitions motrices, de Trouble de l'acquisition de la coordination, ou d'Énurésie ne sont pas inhabituels. Un retrait social et des troubles mentaux comme le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, sont aussi couramment associés. Le Trouble du langage de type expressif peut s'accompagner d'anomalies à l'EEG ou à l'imagerie cérébrale, de dysarthrie Ou de dyspraxie, ou d'autres signes neurologiques.

Caractéristiques spécifiques liées à la culture et au sexe

L'évaluation de l'acquisition des capacités de communication doit prendre en compte le contexte culturel et linguistique du sujet, particulièrement pour les sujets élevés dans un environnement bilingue. Les évaluations standardisées concernant l'acquisition du langage et les capacités intellectuelles non verbales doivent être adaptées au groupe culturel et linguistique (c.-à-d. les tests élaborés et standardisés pour un groupe donné ne donnent pas forcément les normes appropriées pour un groupe différent). La forme développementale du Trouble du langage de type expressif est plus fréquente chez les sujets de sexe masculin que chez les sujets de sexe féminin.

Prévalence

Les estimations de la prévalence varient avec l'âge. Chez les enfants de moins de 3 ans, les retards de langage sont assez fréquents et surviennent chez 10 à 15 % des enfants. À l'âge scolaire, la prévalence est estimée entre 3 et 7 %. La forme développementale du Trouble du langage expressif est plus fréquente que la forme acquise.

Évolution

La forme développementale du Trouble du langage de type expressif est habituellement repérée autour de l'âge de 3 ans, bien que certaines formes légères du trouble puissent ne devenir manifestes qu'au début de l'adolescence, lorsque le langage devient généralement plus complexe. La forme acquise du Trouble du langage de type expressif, liée à des lésions cérébrales, à un traumatisme crânien ou à une ischémie cérébrale, peut apparaître à n'importe quel âge et débuter brutalement. L'évolution de la forme développementale du Trouble du langage de type expressif est variable. La majorité des enfants ayant ce trouble s'améliore substantiellement ; dans un moins grand nombre de cas, des difficultés persistent à l'âge adulte.
La plupart des enfants finissent par acquérir des capacités de langage plus ou moins normales vers la fin de l'adolescence, bien que des déficits subtils puissent persister. Dans la forme acquise du Trouble du langage de type expressif, l'évolution et le pronostic dépendent de la sévérité et de la localisation de la pathologie cérébrale, ainsi que de l'âge de l'enfant et du degré de développement de son langage au moment de la survenue du trouble. L'amélioration clinique des capacités de langage est parfois rapide et totale, bien que des déficits de communication ou d'aptitudes cognitives liées puissent persister. Dans d'autres cas, il peut y avoir un déficit progressif.

Aspects familiaux

Il semble que la forme développementale du Trouble du langage de type expressif soit plus susceptible de survenir chez les sujets ayant des antécédents familiaux de Troubles de la communication ou de Troubles des apprentissages. Il ne semble pas exister de caractère familial dans la forme acquise.

Diagnostic différentiel

Le Trouble du langage de type expressif se distingue du **Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif** par la présence, clans ce dernier, d'altérations significatives

du langage réceptif ; de nombreux individus avant un Trouble du langage expressif ont aussi de subtiles difficultés de type réceptif.

Le diagnostic de Trouble du langage de type expressif n'est pas porté quand sont présents les critères du Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement. **Le Trouble autistique** comporte aussi une altération du langage expressif mais se distingue des Troubles du langage de type expressif et rie type mixte réceptif-expressif, par des altérations caractéristiques de la communication (p. ex., utilisation stéréotypée du langage), ainsi que par la présence d'une altération qualitative des interactions sociales et d'un ensemble de conduites répétitives et stéréotypées. L'acquisition du langage expressif et réceptif peut être perturbée du fait d'un **Retard mental,** d'un **déficit auditif** ou d'un **autre déficit sensoriel,** d'un **déficit de la parole** ou d'une **carence sévère de l'environnement.** La présence de ces problèmes peut être établie par des tests d'intelligence, des tests audiométriques, des tests neurologiques, et par l'anamnèse. Si les difficultés de langage dépassent celles qui sont habituellement associées à ces conditions, on peut porter un diagnostic simultané de Trouble du langage de type expressif ou de Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif. Les enfants ayant un retard de langage de type expressif dû à des carences de l'environnement, peuvent avoir une amélioration rapide lorsque les problèmes de l'environnement diminuent. Dans le **Trouble de l'expression écrite,** il existe une perturbation des capacités à écrire. S'il existe également des déficits de l'expression orale, un diagnostic additionnel de Trouble du langage de type expressif peut être approprié. Le **Mutisme sélectif** comporte une limitation de l'expression qui peut mimer un Trouble du langage de type expressif ou de type mixte réceptif- expressif ; une anamnèse et une observation soigneuses sont nécessaires pour déterminer la présence d'un langage normal dans certaines situations. **L'aphasie acquise,** associée à une affection médicale générale pendant l'enfance, est souvent transitoire. Un diagnostic de Trouble du langage de type expressif n'est approprié que si la perturbation du langage persiste au-delà de la période aiguë de guérison de l'affection médicale générale qui en est la cause (p. ex., traumatisme crânien, infection virale).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent des scores-seuil spécifiques lors de l'évaluation du langage de type expressif : deux déviations standard au-dessous du niveau escompté, et une déviation standard au-dessous du QI non verbal. De plus, contrairement au DSM-IV, la CIM-10 ne permet pas de faire le diagnostic si un déficit neurologique, sensoriel ou physique vient directement affecter l'usage de la parole, ou s'il existe un Retard mental.

• Critères diagnostiques du F80.1 [315.31] Trouble du langage de type expressif

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous : des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part ; de ceux obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation de mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade du développement.

B. Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif ni à ceux d'un Trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent celles habituellement associées à ces conditions.

Note de codage : S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F80.2 1315.32] Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif est une altération du développement des capacités expressives **et** des capacités réceptives du langage, comme le montrent les résultats obtenus lors de l'évaluation standardisée, faite de façon individuelle, du développement de ces capacités d'expression et de réception du langage, qui sont nettement au-dessous des scores obtenus lors de mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales (Critère A). En l'absence d'instruments standardisés disponibles ou appropriés, le diagnostic peut s'appuyer sur une évaluation fonctionnelle approfondie des capacités langagières du sujet. Les difficultés peuvent concerner à la fois la communication par le langage verbal et la communication par le langage des signes. Les difficultés de langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B) et les symptômes ne

répondent pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement (Critère C). S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel, une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent celles habituellement associées à ces conditions (Critère D). S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, il faut les coder sur l'Axe III.

Les sujets ayant un Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif présentent les difficultés associées au Trouble du langage de type expressif (p. ex., vocabulaire très restreint, erreurs de temps, difficultés de rappel des mots ou de production de phrases suffisamment longues ou complexes pour le niveau de développement, et difficulté générale à exprimer des idées) ainsi qu'une perturbation du développement des capacités réceptives du langage (p. ex., difficultés à comprendre les mots, les phrases ou certains types de mots spécifiques). Dans les cas légers, il peut exister seulement des difficultés de compréhension de certains types particuliers de mots (p. ex., les termes concernant la position dans l'espace) ou d'énoncés (p. ex., des phrases complexes comme « si-alors »). Dans les cas plus sévères, il peut exister de multiples incapacités, incluant une incapacité à comprendre le vocabulaire élémentaire ou les phrases simples, et des déficits dans divers domaines de traitement de l'audition (p. ex., discrimination de sons, association de sons à des symboles, mise en mémoire, évocation et organisation des séquences). Puisque le développement des capacités d'expression du langage pendant l'enfance dépend de l'acquisition des capacités réceptives, un trouble pur du langage réceptif (analogue à l'aphasie de Wernicke chez l'adulte) ne se rencontre jamais en pratique (bien que dans certains cas le déficit réceptif puisse être plus important que le déficit expressif).

Le Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif peut être acquis ou développemental. Dans la forme acquise, l'altération du langage réceptif et expressif survient après une période de développement normal, comme conséquence d'une maladie neurologique ou d'une affection médicale générale (p. ex., encéphalite, traumatisme crânien, irradiation). Dans la forme développementale, l'altération du langage réceptif et expressif n'est pas liée à une lésion neurologique d'origine connue. Cette forme se caractérise par une lenteur de l'acquisition du langage, dans laquelle la parole peut apparaître tardivement et suivre lentement les étapes du développement du langage.

Caractéristiques et troubles associés

Les caractéristiques linguistiques de l'altération de la production du langage, dans le Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif, sont similaires à celles qui accompagnent le Trouble du langage de type expressif. Le déficit de compréhension est la caractéristique essentielle qui différencie ce trouble du Trouble du langage de type expressif, et ce déficit peut varier en fonction de la sévérité du trouble et de l'âge de l'enfant. Les altérations de la compréhension du langage peuvent être moins évidentes que celles de la production du langage, car elles ne sont pas si aisément repérables par l'observateur et peuvent n'apparaître que lors d'une évaluation formelle. L'enfant peut, de façon intermittente, sembler ne pas entendre, ou sembler confus ou inattentif lorsqu'on lui parle. Il peut suivre les consignes de façon erronée, ou ne pas les suivre du tout, et donner des réponses tangentielles ou inappropriées aux questions. L'enfant peut être exceptionnellement calme ou, à l'inverse, très bavard. Les aptitudes à la conversation (p. ex., attendre son tour, maintenir un thème) sont souvent tout à fait mauvaises ou inappropriées. Des déficits dans des domaines divers du traitement de l'information sensorielle sont fréquents, particulièrement dans celui du traitement

auditif temporel (p. ex., vitesse de traitement, association de sons à des symboles, suite de sons et mémoire, attention aux sons et discrimination des sons) ; ce type de difficultés est parfois appelé troubles du « traitement auditif central
La difficulté à produire des séquences motrices rapidement et sans achoppement est également caractéristique. Le Trouble phonologique, les Troubles des apprentissages, des déficits dans la perception de la parole, sont souvent présents et s'accompagnent d'altérations de la mémoire. Les autres troubles qui peuvent être associés sont le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le Trouble de l'acquisition de la coordination et l'Énurésie. Le Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif peut s'accompagner d'anomalies à l'EEG ou à l'imagerie cérébrale, ou d'autres signes neurologiques. Une forme acquise du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif qui débute entre 3 et 9 ans et s'accompagne d'une comitialité, est appelée syndrome de Landau-Kleffner.

Caractéristiques spécifiques liées à la culture et au sexe

L'évaluation de l'acquisition des capacités de communication doit prendre en compte le contexte culturel et linguistique, particulièrement pour les sujets élevés dans un environnement bilingue. Les évaluations standardisées de l'acquisition du langage et des capacités intellectuelles non verbales doivent être adaptées au groupe culturel et linguistique. La forme développementale du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif est probablement plus fréquente chez les sujets de sexe masculin que chez les sujets de sexe féminin.

Prévalence

Les estimations de la prévalence varient avec l'âge. On estime que la forme développementale du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif peut toucher jusqu'à 5 % des enfants d'âge préscolaire et 3 % des enfants d'âge scolaire, mais qu'elle est probablement moins fréquente que le Trouble du langage de type expressif. Le syndrome de Landau-Kleffner et d'autres variantes de formes acquises sont relativement rares.

Évolution

La forme développementale du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif peut, en général, être détectée avant l'âge de 4 ans. Les formes sévères peuvent être apparentes dès l'âge de 2 ans. Les formes plus légères peuvent passer inaperçues jusqu'à l'entrée à l'école primaire, où les déficits de compréhension deviennent plus évidents. La forme acquise du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif due à des lésions cérébrales, à un traumatisme crânien ou à une ischémie cérébrale, peut apparaître à n'importe quel âge. La forme acquise due au syndrome de Landau-Kleffner (aphasie acquise avec épilepsie) survient généralement entre 3 et 9 ans. Beaucoup d'enfants atteints du Trouble du langage de type mixte finissent par acquérir des capacités de langage normales, mais le pronostic est plus mauvais que pour ceux avant un Trouble du langage de type expressif. Dans la forme acquise du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif, l'évolution et le pronostic dépendent (le la sévérité et de la localisation de la pathologie cérébrale, ainsi que de l'âge de l'enfant et du degré de développement de son langage au moment de la survenue du trouble. L'amélioration clinique des capacités de langage est parfois complète ou presque. Dans d'autres cas il

peut exister une récupération partielle ou un déficit progressif. Les enfants avant les formes les plus sévères sont les plus susceptibles de développer des Troubles des apprentissages.

Aspects familiaux

La forme développementale du Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif est plus fréquente chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant le trouble que dans la population générale. Il ne semble pas exister de caractère familial dans la forme acquise.

Diagnostic différentiel

Voir le paragraphe « Diagnostic différentiel » du Trouble du langage de type expressif (p. 69).

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Dans la CIM-10. le trouble correspondant est le Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif. Contrairement au DSM-IV qui spécifie à la fois les difficultés du langage expressif et celles du langage réceptif, car elles surviennent généralement ensemble, la définition de la CIM-10 ne mentionne que les déviances clans la compréhension du langage. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent un score-seuil, lors de l'évaluation du langage réceptif, situé deux déviations standard au-dessous du niveau escompté et une déviation standard au-dessous du QI non verbal. De plus, contrairement au DSM-IV, la CIM-10 ne permet pas de faire le diagnostic si un trouble neurologique, sensoriel ou physique vient directement affecter le langage de type réceptif, ou s'il existe un Retard mental.

Critères diagnostiques du F80.2 [315.321 Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités expressives **et** des capacités réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du Trouble du langage de type expressif ainsi que des difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.

B. Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F80.2 1315.321 Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif** *(suite)*

C. Le trouble ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent celles habituellement associées à ces conditions.

Note de codage : S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F80.0 [315.39] Trouble phonologique *(auparavant* Trouble de l'acquisition de l'articulation)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble phonologique est une incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement, compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (Critère A). Cela peut entraîner des erreurs dans la production des phonèmes, dans leur utilisation, leur représentation ou leur organisation, comme, par exemple, des substitutions d'un phonème par un autre (utilisation du t à la place du son de base k) ou des omissions *de* certains phonèmes, comme ceux en position finale. Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B). S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés verbales dépassent celles habituellement associées à ces conditions (Critère C). S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, il faut les coder sur l'Axe III.

Le Trouble phonologique comporte des erreurs dans la production phonologique (c.-à-d. l'articulation), qui entraînent l'échec de la formation correcte des phonèmes, et des problèmes phonologiques de type cognitif, qui entraînent un déficit dans la catégorisation linguistique des phonèmes (p. ex., une difficulté à trier les phonèmes qui, dans une langue, déterminent des sens différents). La sévérité s'échelonne entre peu ou pas d'effet sur l'intelligibilité du discours, et un discours complètement incompréhensible. Les omissions de phonèmes sont typiquement considérées comme plus graves que les substitutions de phonèmes, qui, à leur tour, sont plus graves que les distorsions de phonèmes. Les phonèmes les plus fréquemment mal articulés sont ceux qui sont acquis le plus tardivement au cours du développement (l, r, s, z, ch, j) mais, chez les sujets les plus jeunes ou les plus atteints, des consonnes et des voyelles d'acquisition plus précoce peuvent aussi être touchées. La blésité (c.-à-d. la mauvaise articulation des sifflantes) est particulièrement fréquente. Le Trouble phonologique

peut également impliquer des erreurs de sélection et de positionnement des phonèmes au sein des syllabes et des mots (p. ex., *ksi* pour *ski).*

Caractéristiques et troubles associés

Bien que le Trouble phonologique puisse être associé à des facteurs étiologiques évidents, comme une perturbation de l'audition (p. ex., due à une otite chronique de l'oreille moyenne), des défauts des structures orales périphériques de la parole (p. ex., fente palatine), des maladies neurologiques (p. ex., infirmité motrice cérébrale), des limitations cognitives (p. ex., Retard mental) ou des problèmes psychosociaux, au moins 3 % des enfants d'âge préscolaire présentent des Troubles phonologiques d'origine inconnue ou incertaine, que l'on appelle souvent *fonctionnels ou développementaux.* Il peut exister un retard de parole. Certaines formes de Trouble phonologique, comprenant des erreurs inconstantes, une difficulté à séquencer les sons dans un discours lié et des distorsions de voyelles, sont parfois appelées « dyspraxie développementale du discours ».

Caractéristiques spécifiques liées à la culture et au sexe

L'évaluation de l'acquisition des capacités de communication doit prendre en compte le contexte culturel et linguistique, particulièrement pour les sujets élevés dans un environnement bilingue. Le trouble phonologique est plus fréquent chez les sujets de sexe masculin.

Prévalence

Environ 2 % des enfants âgés de 6 à 7 ans présentent un Trouble phonologique de modéré à sévère, malgré une prévalence plus élevée des formes légères. La prévalence tombe à 0,5 % vers l'âge de 17 ans.

Évolution

Dans la forme sévère du Trouble phonologique, le discours de l'enfant peut être relativement incompréhensible, même pour les membres de sa famille. Dans les formes moins graves, le trouble n'est parfois repéré que lorsque l'enfant intègre un environnement collectif (crèche ou école) et qu'il se fait mal comprendre par des intervenants autres que sa proche famille. L'évolution du trouble est variable et dépend des causes associées et de la sévérité initiale. Parmi les enfants ayant des problèmes phonologiques légers à modérés non liés à une maladie somatique générale, environ les trois quarts se normalisent spontanément vers l'âge de 6 ans.

Aspects familiaux

Un caractère familial a été mis en évidence dans certaines formes du Trouble phonologique.

Diagnostic différentiel

Des difficultés de parole peuvent être associées à un **Retard mental,** à un **déficit auditif** ou à un **autre déficit sensoriel,** à un **déficit moteur affectant la parole** ou à **une carence sévère de l'environnement.** La présence de telles conditions peut être établie par des tests d'intelligence, des tests audiométriques, des tests neurologiques, et par l'anamnèse. Si les difficultés de parole dépassent celles qui sont habituellement associées à ces conditions ou si elles interfèrent avec la capacité de l'enfant à se faire comprendre par ses proches, on peut porter un diagnostic simultané de Trouble phonologique. Les problèmes limités au **rythme de la parole** ou à la **voix** ne font pas partie du Trouble phonologique ; ils sont diagnostiqués comme **Bégaiement** ou **Trouble de la communication non spécifié.** Les enfants ayant des difficultés de parole (lues à des carences de l'environnement, peuvent avoir une amélioration rapide lorsque les problèmes de l'environnement diminuent.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent que le score, lors de l'évaluation standardisée de l'acquisition de l'articulation, se situe deux déviations standard au-dessous du niveau escompté et une déviation standard au-dessous du QI non verbal. De plus, contrairement au DSM-IV, la CIM-10 ne permet pas de faire le diagnostic si un trouble neurologique, sensoriel ou physique vient directement affecter l'acquisition du langage de type réceptif, ou s'il existe un Retard mental.

Critères diagnostiques du F80.0 [315.39] Trouble phonologique

A. Incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement, compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (p. ex., erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation ; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre — utilisation du t à la place du k ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).

B. Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. S'il existe un Retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés verbales dépassent celles habituellement associées à ces conditions.

Note de codage : S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l'Axe III.

F98.5 [307.0] Bégaiement

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Bégaiement est une perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole, qui est inappropriée à l'âge du sujet (Critère A). Cette perturbation se caractérise par de fréquentes répétitions ou prolongations de sons ou de syllabes (Critères Al et A2). D'autres types divers de troubles de la fluence de la parole peuvent être impliqués, comme des interjections (Critère A3), des interruptions de mots (p. ex., pauses clans le cours d'un mot) (Critère A4), des blocages audibles ou silencieux (pauses dans le cours du discours comblées par autre chose ou laissées vacantes) (Critère A5), des circonlocutions (pour éviter les mots difficiles en leur substituant d'autres mots) (Critère A6), une tension physique excessive accompagnant la production de certains mots (Critère A7), des répétitions de mots monosyllabiques entiers (p. ex., « je-je-je-je le vois ») (Critère A8). La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B). S'il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions (Critère C). S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, il faut les coder sur l'Axe III. L'étendue de la perturbation est variable d'une situation à l'autre, et s'aggrave souvent lorsqu'il existe une pression particulière pour communiquer (p. ex., faire un exposé à l'école, passer un entretien pour obtenir un travail). Le bégaiement est souvent absent lorsque le sujet lit à voix haute, chante, ou parle à des objets inanimés ou à des animaux familiers.

Caractéristiques et troubles associés

Au commencement d'un Bégaiement, le sujet peut, lorsqu'il parle, ne pas avoir conscience du problème ; la conscience du trouble, ainsi que l'appréhension par anticipation, peuvent apparaître plus tard. Le sujet peut essayer d'éviter le bégaiement par des moyens linguistiques (p. ex., en modifiant la vitesse du discours, en évitant certaines situations faisant appel à la parole, comme téléphoner ou parler en public, ou en évitant certains mots ou certains sons). Le Bégaiement peut s'accompagner de mouvements moteurs (p. ex., clignement des yeux, tics, tremblements des lèvres ou du visage, secousses de la tête, mouvements respiratoires ou crispation des poings). On a montré que le stress ou l'anxiété exacerbe le Bégaiement. Une altération du fonctionnement social peut résulter de l'anxiété, de la frustration, ou de la mauvaise estime de soi qui peuvent être associées au Bégaiement. Chez les adultes, le Bégaiement peut limiter les choix professionnels ou la progression de carrière. Le Trouble phonologique et le Trouble du langage de type expressif surviennent plus fréquemment chez les sujets ayant un Bégaiement que dans la population générale.

Prévalence

La prévalence du Bégaiement chez les enfants prépubères est de 1 %, elle tombe à 0,8 % chez les adolescents. Le rapport garçon : fille est d'environ 3 : 1.

Évolution

Les études rétrospectives concernant les sujets atteints de Bégaiement font état d'un âge de début typiquement compris entre 2 et 7 ans (avec un pic d'incidence autour de 5 ans). Le début survient avant l'âge de 10 ans clans 98 % des cas. Il est généralement insidieux, sur plusieurs mois au cours desquels les altérations de la fluence de la parole, d'abord épisodiques et passant inaperçues, se transforment en problème chronique. Typiquement, la perturbation commence graduellement, par une répétition des consonnes initiales, une répétition de certains mots, habituellement les premiers de la phrase ou les mots les plus longs. L'enfant n'est, en général, pas encore conscient du Bégaiement. Au fur et à mesure de la progression du trouble, l'évolution se fait en dents de scie. Les altérations de la fluence deviennent plus fréquentes, et le Bégaiement survient pour exprimer les mots ou les phrases les plus chargés de sens. Au fur et à mesure que l'enfant prend conscience de ses difficultés de parole, des mécanismes peuvent se mettre en place pour éviter les altérations de la fluence et les réponses émotionnelles. Les travaux de recherche suggèrent qu'une certaine proportion d'enfants atteints de bégaiement guérit ; les estimations varient de 20% à 80%. Certains individus ayant un Bégaiement guérissent spontanément, typiquement avant l'âge de 16 ans.

Aspects familiaux

Les études familiales et les études de jumeaux fournissent des arguments déterminants en faveur d'un facteur génétique à l'origine du Bégaiement. La présence d'un Trouble phonologique ou d'une forme développementale de Trouble du langage de type expressif, ou celle d'antécédents familiaux de ces troubles, augmente la probabilité du Bégaiement. Le risque de Bégaiement chez les apparentés de premier degré de sujets atteints est plus de trois fois supérieur à celui de la population générale. En ce qui concerne les hommes ayant des antécédents de Bégaiement, environ 10 % de leurs filles et 20 % de leurs fils auront un Bégaiement.

Diagnostic différentiel

Des difficultés de parole peuvent être associées à un **déficit auditif,** à un **autre déficit sensoriel** ou à un **déficit moteur affectant la parole.** Dans les cas où les difficultés de parole dépassent celles habituellement associées à ces conditions, on peut porter un diagnostic simultané de Bégaiement. Le Bégaiement doit être distingué des **altérations normales de la fluence qui surviennent souvent chez les jeunes enfants,** et qui comportent des répétitions de mots entiers ou de phrases (p. ex., « je veux, je veux de la glace »), des phrases incomplètes, des interjections, des pauses vacantes, et des remarques accessoires. Si ces difficultés deviennent plus fréquentes ou plus complexes à mesure que l'enfant grandit, le diagnostic de Bégaiement devient plus vraisemblable.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence du DSM-IV qui définit la significativité sur le plan clinique par l'interférence avec les réalisations scolaires, occupationnelles, ou la communication sociale,

les critères diagnostiques pour la recherche de la C11\1-10 établissent l'importance clinique d'un bégaiement par une durée minimale de 3 mois de présence du trouble.

Critères diagnostiques du F98.5 [307.01 Bégaiement

A. Perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole (ne correspondant pas à l'âge du sujet), caractérisée par la survenue fréquente d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

(1) répétitions de sons et de syllabes
(2) prolongations de sons
(3) interjections
(4) interruptions de mots (p. ex., pauses dans le cours d'un mot)
(5) blocages audibles ou silencieux (pauses clans le cours du discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes)
(6) circonlocutions (pour éviter les mots difficiles en leur substituant d'autres mots)
(7) tension physique excessive accompagnant la production de certains mots
(8) répétitions de mots monosyllabiques entiers (p. ex., « je-je-je-je le vois »)

B. La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. S'il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions.

Note de codage : S'il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l'Axe 111.

F80.9 [307.9] Trouble de la communication non spécifié

Cette catégorie concerne les troubles de la communication qui ne répondent aux critères d'aucun des Troubles de la communication spécifiques, par exemple un trouble de la voix (c.-à-d. une anomalie de la hauteur de la voix, de sa force, de sa qualité, de son timbre ou de sa résonance).

Troubles envahissants du développement

Les Troubles envahissants du développement se caractérisent par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement — capacités

d'interactions sociales réciproques, capacités de communication — ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés. Les déficiences qualitatives qui définissent ces affections sont en nette déviation par rapport au stade de développement ou à l'âge mental du sujet. Ce chapitre comprend le Trouble autistique, le Syndrome de Rett, le Trouble désintégratif de l'enfance, le Syndrome d'Asperger et le Trouble envahissant du développement non spécifié. Ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie et sont souvent associés à un certain degré de Retard mental qui, s'il est présent, doit être codé sur l'Axe IL Les Troubles envahissants du développement s'observent parfois en association avec un groupe varié d'affections médicales générales (p. ex., anomalies chromosomiques, maladies infectieuses congénitales, lésions structurelles du système nerveux central). Lorsqu'existent de telles affections, il faut les coder sur l'Axe III. Bien que les termes de « Psychose » et de « Schizophrénie infantile » aient été un temps utilisés pour désigner ces affections, on dispose maintenant d'un nombre considérable d'arguments suggérant que les Troubles envahissants du développement sont distincts de la Schizophrénie (néanmoins, un sujet avec un Trouble envahissant du développement peut parfois développer ultérieurement une Schizophrénie).

F84.0 [299.001 Trouble autistique

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble autistique sont un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts. Les manifestations du trouble varient largement selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. Le trouble autistique est parfois appelé *Autisme précoce, Autisme infantile* ou *Autisme de Kanner.*

L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable. Il peut exister une altération marquée dans l'utilisation des multiples comportements non verbaux habituellement destinés à gérer l'interaction sociale et la communication (p. ex., contact oculaire, mimiques faciales, postures corporelles, gestes) (Critère A1a). Il peut exister une incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement du sujet (Critère Alb), ce qui peut prendre différentes formes à différents âges. Les sujets les plus jeunes peuvent montrer peu ou pas d'intérêt pour les relations d'amitié, les plus âgés peuvent s'y intéresser mais être incapables de comprendre les conventions de l'interaction sociale. On peut observer l'absence de la tendance spontanée qu'ont les enfants à partager leurs plaisirs, leurs intérêts ou leurs réussites avec d'autres personnes (p. ex., l'enfant ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent) (Critère Ale). Il peut y avoir manque de réciprocité sociale ou émotionnelle (p. ex., l'enfant est incapable de participer activement à des échanges sociaux ou à des jeux simples, leur préférant des activités solitaires ou qui n'impliquent les autres que comme s'ils étaient des pions ou des objets neutres) (Critère Ald). Souvent la perception qu'a l'enfant des autres personnes est très altérée. Les sujets atteints de Trouble autistique peuvent ignorer les autres enfants (y compris leurs frères et soeurs), n'avoir aucune notion des besoins d'autrui, ou ne pas remarquer la détresse d'une autre personne.

L'altération de la communication est, elle aussi, marquée et durable, elle affecte à la fois les capacités verbales et les capacités non verbales. Il peut y avoir retard ou absence totale de développement du langage parlé (Critère A2a). Chez les sujets qui savent parler, on peut observer une altération marquée de la capacité à engager ou à soutenir une conversation avec autrui (Critère A2b), un usage stéréotypé et répétitif du langage, ou un langage idiosyncrasique (Critère A2c). Il se peut également que l'enfant soit incapable de jouer à « faire semblant », spontanément et à propos de tout, ou soit incapable d'un jeu d'imitation sociale approprié à son niveau de développement (Critère A2d). Dans les cas où le langage se développe, le timbre, l'intonation, la vitesse, le rythme ou la charge émotionnelle de celui-ci peuvent être anormaux (p. ex., le ton de la voix peut être monotone ou inapproprié au contexte, ou des phrases affirmatives peuvent se terminer par des inflexions interrogatives). Les structures grammaticales sont souvent immatures, le langage est utilisé de manière stéréotypée et répétitive (p. ex., l'enfant répète des phrases ou des mots sans se préoccuper de leur signification, ou il répète des chansonnettes et des slogans publicitaires), ou bien le langage est idiosyncrasique (p. ex., langage qui ne prend sens que pour les personnes habituées au style de communication du sujet). La compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples. Une perturbation dans la pragmatique (utilisation sociale) du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle ou à comprendre l'humour ou des aspects non littéraux du discours comme l'ironie ou le sous-entendu. Le jeu d'imagination est souvent absent ou notablement altéré. Les jeux d'imitation simples ou les gestes ritualisés propres à la petite enfance et à l'enfance manquent souvent, ou bien ils surviennent hors de propos et de façon mécanique.

Les sujets atteints de Trouble autistique ont des modes de comportements, d'intérêts et d'activités restreints, répétitifs et stéréotypés. Ils peuvent avoir une préoccupation exclusive circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, préoccupation anormale soit dans son intensité soit dans son orientation (Critère Ma) ; une adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels (Critère A3b) ; des maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (Critère Mc) ; ou des préoccupations persistantes pour certaines parties des objets (Critère Md). Les sujets atteints de Trouble autistique ont une gamme d'intérêts particulièrement restreinte, n'étant souvent préoccupés que par un seul sujet, très limité (p. ex., les dates, les numéros de téléphone, les noms des stations de radio). Ils peuvent passer leur temps à aligner un nombre précis de jouets toujours dans le même ordre, ou imiter sans fin des acteurs de télévision. Ils peuvent insister pour que les choses restent toujours pareilles, et manifester une résistance ou une détresse extrêmes face à des changements sans importance (p. ex., un jeune enfant peut avoir une réaction catastrophique à un changement mineur clans son environnement comme un agencement différent des meubles ou l'utilisation de nouveaux couverts à table). On note souvent un attachement marqué à des rites ou à des routines inutiles, ou une insistance déraisonnable à se conformer aux habitudes (p. ex., prendre tous les jours exactement le même chemin pour aller à l'école). Des mouvements corporels stéréotypés peuvent concerner les mains (battements de mains, tapotements) ou le corps entier (balancements, plongeons, oscillations). On peut observer des postures anormales (p. ex., démarche sur la pointe des pieds, mouvements de mains ou postures corporelles bizarres). Les sujets atteints de Trouble autistique peuvent avoir des préoccupations persistantes pour des objets bien précis (des boutons de vêtements, certaines parties de leur corps). Ils peuvent également être fascinés par le mouvement (p. ex.,

les roues d'une petite voiture qui tournent, les portes qui s'ouvrent et qui se ferment, un ventilateur électrique ou d'autres objets qui tournent vite). Ils peuvent être excessivement attachés à des objets inanimés (p. ex., un bout de ficelle ou un élastique).

Un autre critère du Trouble autistique est un retard ou un fonctionnement anormal, avant l'âge de trois ans, dans au moins un (et souvent plusieurs) des domaines suivants : interactions sociales, langage nécessaire à la communication sociale, jeu symbolique ou d'imagination (Critère B). Dans la plupart des cas, il n'y a pas de période de développement franchement normal bien que, dans 20 % des cas peut-être, les parents rapportent un développement relativement normal pendant un à deux ans. Dans de tels cas, les parents peuvent rapporter que l'enfant avait acquis quelques mots et qu'il les a perdus ou qu'il semble stagner dans son développement.

Par définition, si une période de développement normal a existé, elle n'a pu excéder l'âge de trois ans. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ni par celui de Trouble désintégratif de l'enfance (Critère C).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Dans la plupart des cas existe un diagnostic associé de Retard mental, qui peut aller du Retard mental léger au Retard mental profond. On peut observer des anomalies clans le développement des capacités cognitives. Le profil des capacités cognitives est habituellement hétérogène quel que soit le niveau général d'intelligence, les capacités verbales étant typiquement plus faibles que les capacités non verbales. Parfois, ries capacités particulières sont présentes (p. ex., une enfant de 4 ans et demi ayant un Trouble autistique peut être capable de « décoder » de l'écriture tout en ayant une compréhension minime du sens de ce qu'elle lit [surlexie], ou encore un garçon de 10 ans peut présenter une aptitude prodigieuse au calcul de dates [calcul du calendrier]). L'estimation du vocabulaire (réceptif ou expressif) par simples mots n'est pas toujours une bonne estimation du niveau de langage (c.-à-d. les compétences langagières réelles peuvent se situer à un niveau bien plus bas).

Les sujets atteints de Trouble autistique peuvent présenter une variété rie symptômes comportementaux tels que : hyperactivité, déficit attentionnel, impulsivité, agressivité, comportements d'automutilation et, surtout chez les plus jeunes, crises de colère. Les réponses aux stimulus sensoriels peuvent être étranges (p. ex., seuil élevé à la douleur, hypersensibilité au bruit ou au contact physique, réactions démesurées à des lumières ou à des odeurs, fascination pour certains stimulus). On peut observer des anomalies du comportement alimentaire (p. ex., restriction de l'alimentation à quelques aliments seulement, Pica) ou des troubles du sommeil (p. ex., fréquents réveils nocturnes suivis de balancements). Des perturbations de l'humeur ou des affects sont fréquentes (p. ex., crises de rires ou de larmes inexpliquées, absence apparente de réactions émotionnelles). L'enfant peut n'avoir aucune réaction de peur face à des dangers réels, mais une peur excessive face à des objets inoffensifs. On peut observer toute une variété de comportements d'automutilation (p. ex., se cogner la tête ou se mordre les doigts, les mains, les poignets). A l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les personnes atteintes de Trouble autistique qui ont gardé des capacités de prise de conscience, peuvent présenter des réactions dépressives en réalisant la gravité de leur handicap.

Examens complémentaires. Quand le Trouble autistique est associé à une affection médicale générale, les anomalies biologiques correspondant à cette affection sont mises

en évidence. Des différences entre groupes portant sur certaines mesures de l'activité sérotoninergique ont été observées, mais elles n'ont aucune valeur diagnostique. Certaines études d'imagerie cérébrale ont également montré des anomalies, aucune ne pouvant être considérée comme spécifique. Des anomalies à l'EEG sont fréquentes, même en l'absence de crises d'épilepsie.

Examen physique et affections médicales générales associées. On a pu noter différents signes ou symptômes neurologiques non spécifiques (p. ex., persistance de réflexes archaïques, retard clans le développement de la latéralisation). Le Trouble autistique est parfois associé à des affections médicales ou neurologiques (p. ex., syndrome de l'X fragile et sclérose tubéreuse).

Des convulsions peuvent survenir (particulièrement à l'adolescence) jusque dans 25 % des cas. Microcéphalie ou macrocéphalie peuvent être observées. Lorsqu'il existe une affection médicale générale, celle-ci doit être codée sur l'Axe III.

Caractéristiques liées à l'âge et au sexe

Chez les sujets atteints de Trouble autistique, la nature de l'altération touchant les interactions sociales peut évoluer avec le temps et varier selon le stade de développement du sujet. Chez les nourrissons, elle peut se manifester par : une incapacité à se laisser étreindre ou câliner, de l'indifférence ou de l'aversion pour les manifestations d'affection ou le contact physique ; une absence rie contacts visuels, de mimiques faciales ou de sourires dirigés vers autrui ; une absence de réponse à la voix des parents. De ce fait, les parents peuvent d'abord penser que leur enfant est sourd. Les jeunes enfants atteints de Trouble autistique peuvent traiter les adultes comme s'ils étaient interchangeables ou s'accrocher à une personne spécifique mais rie manière mécanique, ou encore se servir de la main du parent pour obtenir les objets qu'il désire sans jamais accrocher le regard (comme si c'était la main, plutôt que la personne qui comptait). Plus tard, ils peuvent accepter passivement rie s'engager dans une interaction sociale et même commencer à s'y intéresser. Cependant, même dans de tels cas, ils tendent à traiter les autres d'une façon peu hahituelle (p. ex., ils tiennent à ce que les autres répondent à ries questions rituelles d'une manière spécifique, ils perçoivent mal les limites d'autrui ou présentent, dans les interactions sociales, un comportement intrusif tout à fait inapproprié). Les sujets plus âgés pourront exceller clans des activités faisant appel à la mémoire à long terme (p. ex., connaître les horaires de train, les dates historiques, les formules de chimie, se remémorer les paroles exactes de chansons entendues des années auparavant) mais ils répéteront l'information indéfiniment, sans se poser la question de son adéquation au contexte social. La prévalence du Trouble autistique est quatre ou cinq fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. Cependant, les filles présentent souvent un Retard mental plus sévère.

Prévalence

La fréquence moyenne du trouble autistique clans les études épidémiologiques est de 5 cas pour 10 000 individus, les fréquences rapportées étant comprises entre 2 et 20 cas pour 10 000 individus. On ne sait toujours pas si les fréquences les plus grandes reflètent des différences de méthodologie ou une augmentation de la fréquence de la maladie.

Évolution

Par définition, le Trouble autistique débute avant l'âge de trois ans. Dans certains cas, les parents disent qu'ils ont commencé à s'inquiéter pour leur bébé dès la naissance ou peu de temps après, du fait de son manque d'intérêt pour les interactions sociales. Les manifestations du trouble sont plus subtiles et plus difficiles à définir pendant la première enfance qu'après l'âge de deux ans. Dans une minorité de cas, les parents décrivent un développement normal pendant toute la première année (ou même les cieux premières années) de la vie. L'évolution du Trouble autistique est continue. Les enfants d'âge scolaire et les adolescents font souvent des acquisitions dans certains domaines du développement (p. ex., à l'âge scolaire, l'enfant commence à s'intéresser à la vie sociale). A l'adolescence, certains présentent une détérioration de leur comportement, tandis que d'autres s'améliorent. Les capacités de langage (p. ex., la présence d'un langage permettant la communication) et le niveau intellectuel global sont (les facteurs prépondérants pour le pronostic ultérieur. Les études de suivi suggèrent que seul un faible pourcentage de sujets deviennent des adultes qui vivent et travaillent de manière autonome. Dans environ un tiers des cas pourtant, un certain degré d'autonomie partielle est possible. Typiquement, au meilleur niveau de fonctionnement possible, les adultes avant un Trouble autistique continuent à avoir (les problèmes clans les interactions sociales et la communication, et leurs centres d'intérêt et d'activités restent notablement restreints.

Aspects familiaux

Il existe un risque accru de Trouble autistique dans la fratrie des sujets atteints du trouble, 5 % des frères et soeurs environ présentant aussi la maladie. Il semble également exister un risque de difficultés développementales variées parmi les frères et sœurs.

Diagnostic différentiel

Des périodes de régression peuvent s'observer au cours du développement normal, mais celles-ci ne sont jamais ni aussi sévères, ni aussi durables que dans le Trouble autistique. Le Trouble autistique doit être distingué des **autres Troubles envahissants du développement.** Le **Syndrome de Rett** diffère du Trouble autistique quant à la répartition selon le sexe et quant au type de déficit observé. Le diagnostic de Syndrome de Rett n'a été porté que chez des filles, alors que le Trouble autistique survient beaucoup plus souvent chez des garçons. Le syndrome de Rett n'est diagnostiqué que chez les filles alors que le Trouble autistique survient beaucoup plus fréquemment chez les garçons. Dans le syndrome de Rett, on note une décélération caractéristique de la croissance crânienne, une perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement et l'apparition d'un manque de coordination de la marche ou des mouvements du tronc. Les sujets atteints de Syndrome de Rett peuvent présenter, particulièrement à l'âge préscolaire, des difficultés touchant aux interactions sociales similaires à celles observées clans le Trouble autistique, mais ces difficultés restent en général transitoires. Le Trouble autistique diffère du **Trouble désintégratif de l'enfance** car ce dernier représente un mode de régression développementale sévère bien particulier clans de multiples domaines de fonctionnement, qui fait suite à un développement normal ayant duré au moins deux ans. Dans le Trouble autistique au

contraire, on note généralement des anomalies du développement dès la première année de la vie. Lorsqu'on n'a pas d'informations concernant le développement précoce ou pas de preuve qu'une période de développement normal ait existé, il faut faire le diagnostic de Trouble autistique. Le **Syndrome d'Asperger** se distingue du Trouble autistique par l'absence de retard ou d'anomalie de développement précoce du langage. Quand les critères du Trouble autistique sont présents, on ne peut pas faire le diagnostic de Syndrome d'Asperger.

La **Schizophrénie à début infantile** survient généralement après des années de développement normal, ou presque normal. Si un sujet atteint de Trouble autistique développe ultérieurement les caractéristiques d'une Schizophrénie (voir p. 344), avec des idées délirantes ou ries hallucinations manifestes pendant au moins un mois, on peut faire un diagnostic additionnel de Schizophrénie. Dans le **Mutisme sélectif,** l'enfant garde habituellement des capacités de communication dans certaines situations et il ne présente pas l'altération sévère des interactions sociales ni les modes restreints de comportements caractéristiques du Trouble autistique. Dans le **Trouble du langage de type expressif** et le **Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif,** il existe une altération du langage mais celle-ci n'est associée ni à une perturbation qualitative des interactions sociales, ni à des modes de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Il est parfois difficile de savoir s'il est justifié de faire un diagnostic additionnel de Trouble autistique chez des sujets présentant un **Retard mental,** surtout si celui-ci est d'un niveau de sévérité grave ou profond. On réserve le diagnostic associé de Trouble autistique aux cas dans lesquels existent des déficits qualitatifs dans l'acquisition des compétences sociales et de la communication, et des modes de comportements spécifiques du Trouble autistique. Les stéréotypies motrices sont une des caractéristiques cliniques du Trouble autistique et il ne faut pas faire un diagnostic additionnel de **Mouvements stéréotypés** quand ces mouvements anormaux font partie intégrante du tableau clinique du Trouble autistique. Des symptômes d'hyperactivité et d'inattention sont fréquents dans le Trouble autistique, mais le diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité ne doit pas être porté en présence d'un Trouble autistique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères et algorithmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 sont presque les mêmes. Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Autisme infantile.

Critères diagnostiques du F84.0 [299.00] Trouble autistique

A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3) :

(1) altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

(a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes

(b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement

(c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p. ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)

(d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

(2) altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)

(b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique

(d) absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement

(3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation

(h) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels

(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F84.0 1299.001 Trouble autistique** *(suite)*

(d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants : (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance.

F84.2 1299.801 Syndrome de Rett

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Syndrome de Rett est l'apparition de déficiences spécifiques multiples faisant suite à une période de développement postnatal normal. Les périodes prénatale et périnatale ont été apparemment normales (Critère A1), ainsi que le développement psychomoteur des cinq premiers mois (Critère A2). Le périmètre crânien de naissance se situe dans les limites de la normale (Critère A3). Entre 5 et 48 mois, on observe une décélération de la croissance crânienne (Critère BD. Entre 5 et 30 mois, il y a perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement, puis apparition de mouvements stéréotypés des mains caractéristiques, à type de torsion des mains ou de lavage des mains (Critère B2). L'intérêt pour l'environnement social diminue au cours des années qui suivent le début du trouble (Critère B3), bien que des interactions sociales puissent se développer plus tard au cours de l'évolution. Des difficultés apparaissent touchant la coordination de la marche ou des mouvements du tronc (Critère B4). Il existe aussi une altération sévère du développement du langage de type expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur grave (Critère B5).

Caractéristiques et troubles associés

Typiquement, le Syndrome de Rett est associé à un Retard mental grave ou profond qui, s'il est présent, doit être codé sur l'Axe **II.** Aux examens complémentaires, il n'y a pas de résultats anormaux spécifiques, mais on peut observer une fréquence accrue d'anomalies EEG et de crises d'épilepsie. A l'imagerie cérébrale, des anomalies non spécifiques ont été rapportées. Des résultats préliminaires suggèrent qu'une mutation génétique est à l'origine de quelques cas de Syndrome de Rett.

Prévalence

Les données épidémiologiques sont limitées à quelques séries de cas isolés et il semble que le Syndrome de Rett soit beaucoup moins fréquent que le Trouble autistique. Le trouble n'a été rapporté que chez les filles.

Évolution

Le mode de régression dans le développement est très caractéristique. Le Syndrome de Rett débute avant l'âge de quatre ans, généralement pendant la première ou la deuxième année. Le trouble persiste toute la vie, la perte des capacités étant généralement progressive et persistante. Dans la plupart des cas, les possibilités d'amélioration sont extrêmement limitées, bien que de modestes gains soient possibles sur le plan développemental et qu'on puisse observer, à la fin de l'enfance ou à l'adolescence, un début d'intérêt pour les interactions sociales. Les difficultés de communication et de comportement persistent de manière relativement constante tout au cours de l'existence.

Diagnostic différentiel

Des périodes de régression peuvent s'observer au cours du développement normal, mais celles-ci ne sont jamais ni aussi sévères, ni aussi durables que dans le Syndrome de Rett. Pour faire le diagnostic différentiel entre Syndrome de Rett et **Trouble autistique,** voir p. 85. Le Syndrome de Rett diffère du **Trouble désintégratif de l'enfance** et du **Syndrome d'Asperger** par la répartition selon le sexe, le mode de début du trouble et le type de déficits. Le syndrome de Rett n'est diagnostiqué que chez les filles, alors que le Trouble désintégratif de l'enfance et le Syndrome d'Asperger semblent plus fréquents chez les garçons. Dans le Syndrome de Rett, le début des symptômes peut survenir clés l'âge de cinq mois alors que clans le Trouble désintégratif de l'enfance, la période de développement normal est généralement plus longue (au moins jusqu'à l'âge de cieux ans). Dans le Syndrome de Rett, on observe une décélération de la croissance crânienne, une perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement, et l'apparition d'une mauvaise coordination de la marche et du tronc. A la différence du Syndrome d'Asperger, le Syndrome de Rett se caractérise par une déficience sévère du développement du langage de type expressif et réceptif.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères et algorithmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 sont presque les mêmes.

- **Critères diagnostiques du F84.2 1299.80] Syndrome de Rett**

A. Présence de tous les éléments suivants :

(1) développement prénatal et périnatal apparemment normaux
(2) développement psychomoteur apparemment normal pendant les 5 premiers mois après la naissance
(3) périmètre crânien normal à la naissance

B. Survenue, après la période initiale de développement normal, de tous les éléments suivants :

(1) décélération de la croissance crânienne entre 5 et 48 mois
(2) entre 5 et 30 mois, perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement, suivie de l'apparition de mouvements stéréotypés des mains (p. ex., torsion des mains ou lavage des mains)
(3) perte de la socialisation dans la phase précoce de la maladie (bien que certaines formes d'interaction sociale puissent se développer ultérieurement)
(4) apparition d'une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc
(5) altération grave du développement du langage de type expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère

F84.3 1299.10] Trouble désintégratif de l'enfance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble désintégratif de l'enfance est une régression marquée dans plusieurs domaines du fonctionnement, faisant suite à une période de développement apparemment normal d'au moins deux années, comme en attestent une communication verbale et non verbale, des relations sociales, un jeu et des comportements adaptatifs appropriés à l'âge (Critère A). Après les deux premières années (mais avant l'âge de dix ans), l'enfant manifeste une perte cliniquement significative des compétences déjà acquises dans au moins deux des domaines suivants : langage de type réceptif ou expressif, compétences sociales ou comportement adaptatif, contrôle sphinctérien, activités ludiques, habiletés motrices (Critère B). Le plus souvent, les compétences acquises sont perdues dans presque tous les domaines.
Les sujets atteints de Trouble désintégratif de l'enfance présentent les mêmes déficiences sociales et les mêmes troubles de la communication que ceux habituellement observés dans le Trouble autistique (voir p.). On observe une altération qualitative des interactions sociales (Critère Cl) et de la communication (Critère C2), et un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités

(Critère C3). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre Trouble envahissant du développement spécifique, ni par une Schizophrénie (Critère D). L'affection a également été appelée *Syndrome de Heller*, *Démence infantile* ou *Psychose désintégrative*.

Caractéristiques et troubles associés

Le Trouble désintégratif de l'enfance s'accompagne habituellement d'un Retard mental sévère, qui, s'il est présent, doit être codé sur l'Axe II. On peut noter différents symptômes neurologiques non spécifiques. Il semble exister une fréquence accrue d'anomalies EEG et de troubles convulsifs. Bien qu'il semble probable que l'affection résulte d'un accident dans le développement du système nerveux central, aucun mécanisme précis n'a pu être identifié. Occasionnellement, le trouble est associé à une affection médicale générale (p. ex., leucodystrophie métachromatique, maladie de Schilder), celle-ci pouvant expliquer la régression observée dans le développement. Cependant, dans la plupart des cas, des examens approfondis ne révèlent aucune affection somatique. S'il existe une maladie neurologique ou une autre affection médicale générale, celle-ci doit être codée sur l'Axe III. Les résultats des examens complémentaires refléteront l'éventuelle affection médicale générale associée.

Prévalence

Les données épidémiologiques sont limitées, mais le Trouble désintégratif de l'enfance semble être très rare et beaucoup moins fréquent que le Trouble autistique, bien que le diagnostic n'en soit probablement pas assez porté. Bien que les premières études aient suggéré un taux de prévalence similaire dans les deux sexes, des données plus récentes suggèrent que l'affection serait plus fréquente chez les garçons.

Évolution

Par définition, on ne peut faire le diagnostic de Trouble désintégratif de l'enfance que si les symptômes sont précédés d'une période de développement normal d'au moins deux années, et si le début survient avant l'âge de dix ans. Quand la période de développement normal a été longue (5 ans ou plus), il est particulièrement important de pratiquer un examen médical et neurologique approfondi pour rechercher la présence éventuelle d'une affection médicale générale. Dans la plupart des cas, le début se situe à l'âge de 3 ou 4 ans, il peut être insidieux ou brutal. Des signes précurseurs peuvent être une activité excessive, une irritabilité et une anxiété, suivies de la disparition du langage et des autres compétences. Pendant cette période, l'enfant peut également perdre tout intérêt pour son environnement. Généralement, la perte des compétences atteint un plateau après lequel, si un certain degré de progrès est possible, l'amélioration est rarement importante. Dans d'autres cas, surtout si le trouble est associé à une maladie neurologique dégénérative, la perte des compétences est progressive. L'évolution du trouble est continue et, dans la majorité des cas, porte sur la vie entière. Les difficultés sociales et comportementales, et les troubles de la communication restent relativement stables tout au long de l'existence.

Diagnostic différentiel

Des périodes de régression peuvent s'observer au cours du développement normal, mais celles-ci ne sont jamais ni aussi sévères, ni aussi durables que dans le Trouble désintégratif de l'enfance. Le Trouble désintégratif de l'enfance doit être distingué des **autres Troubles envahissants du développement.** Pour faire un diagnostic différentiel avec le **Trouble autistique,** voir p. 85, avec le **Syndrome de Rett** voir p. 89. Comparé au **Syndrome d'Asperger,** le Trouble désintégratif de l'enfance se caractérise par une perte cliniquement significative des compétences acquises antérieurement et par une plus grande fréquence du Retard mental alors que, dans le Syndrome d'Asperger, il n'y a ni retard de développement du langage, ni perte significative des compétences développementales.

Le Trouble désintégratif de l'enfance doit être distingué d'une **Démence** qui débuterait pendant la première ou la deuxième enfance. La démence est la conséquence directe des effets physiologiques d'une affection médicale générale (p. ex., traumatisme crânien) alors que, typiquement, le Trouble désintégratif de l'enfance survient en l'absence de toute affection de ce type.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères et algorithmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 sont identiques, à l'exception du critère C pour lequel la CIM-10 inclut aussi une « perte générale d'intérêt pour les objets et l'environnement ». Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Autre trouble désintégratif de l'enfance.

Critères diagnostiques du F84.3 1299.10] Trouble désintégratif de l'enfance

A. Développement apparemment normal pendant les 2 premières années de la vie au moins, comme en témoigne la présence d'acquisitions en rapport avec l'âge dans le domaine de la communication verbale et non verbale, des relations sociales, du jeu et du comportement adaptatif.

B. Perte cliniquement significative, avant l'âge de 10 ans, des acquisitions préalables dans au moins deux des domaines suivants :

(1) langage de type expressif ou réceptif
(2) compétences sociales ou comportement adaptatif
(3) contrôle sphinctérien, vésical ou anal
(4) jeu
(5) habiletés motrices

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F84.3 [299.10] Trouble désintégratif de l'enfance** *(suite)*

C. Caractère anormal du fonctionnement dans au moins deux des domaines suivants :

(1) altération qualitative des interactions sociales (p. ex., altération des comportements non verbaux, incapacité à établir des relations avec les pairs, absence de réciprocité sociale ou émotionnelle)
(2) altération qualitative de la communication (p. ex., retard ou absence du langage parlé, incapacité à engager ou à soutenir une conversation, utilisation du langage sur un mode stéréotypé et répétitif, absence d'un jeu diversifié de « faire semblant »)
(3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, avec stéréotypies motrices et maniérismes.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre Trouble envahissant du développement spécifique ni par une Schizophrénie.

F84.5 [299.801 Syndrome d'Asperger

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Syndrome d'Asperger sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale (Critère A) et le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (Critère B) (pour une discussion des Critères A et B, voir p. 81 au Trouble autistique). La perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative clans le fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines importants (Critère C). A la différence du Trouble autistique, il n'existe pas de retard ou d'anomalie cliniquement significatifs à l'acquisition du langage (p. ex., des mots isolés, non écholaliques, à valeur de communication, ont été prononcés vers l'âge de 2 ans et des phrases à valeur de communication ont été spontanément utilisées vers l'âge de 3 ans) (Critère D), bien que des aspects plus subtils de la communication sociale (p. ex., la réciprocité typique de la conversation) puissent être affectés. De plus, pendant les 3 premières années de la vie, il n'existe pas de retard significatif dans le développement cognitif, ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction l'âge, de compétences d'apprentissage et de comportements adaptatifs (sauf dans le domaine des interactions sociales) (Critère E). Finalement, les critères d'un autre Trouble envahissant du développement spécifique ou de Schizophrénie ne doivent pas être présents (Critère F). Cette maladie est également dénommée syndrome d'Asperger.

La perturbation de la réciprocité dans l'interaction sociale est globale et prolongée. Il peut exister une perturbation importante de l'utilisation des multiples comportements non-verbaux (p. ex., le fait de regarder dans les yeux, l'expression faciale, la gestuelle

et les postures corporelles) qui régissent la communication et les interactions sociales. Il peut exister un *échec* à établir des relations avec des pairs correspondant au niveau de développement (Critère A2), qui peuvent prendre différentes formes en fonction de l'âge. Les individus les plus jeunes peuvent n'avoir que peu ou pas d'intérêt à se faire des amis. I,es individus les plus âgés peuvent être intéressés par le fait de se faire des amis mais il leur manque le sens des conventions sociales. Il peut manquer la recherche spontanée de plaisir, d'intérêts ou (le réalisations partagées avec d'autres (p. ex., le fait de ne pas montrer, apporter ou indiquer des objets qu'ils trouvent intéressants) (Critère A3). Un défaut de réciprocité sociale ou émotionnelle peut exister (p. ex., le fait de ne pas participer au simple jeu social ou à des jeux, de préférer des activités solitaires ou de n'impliquer les autres clans des activités que comme instruments ou auxiliaires « mécaniques ») (Critère 4). Bien que le déficit social présent dans le Trouble d'Asperger soit grave et défini de la même façon que clans le Trouble autistique, le défaut de réciprocité sociale se manifeste plus typiquement par une approche sociale des autres excentrique et unilatérale (p. ex., le fait de poursuivre un sujet de conversation sans se préoccuper des réactions des autres) plutôt que par de l'indifférence sociale et émotionnelle.

Comme clans le Trouble autistique, il existe des modes de comportement, intérêts et activités restreints et répétitifs (Critère B). Ceux-ci se manifestent souvent par l'apparition de préoccupations circonscrites à un intérêt ou un thème limité, sur lequel le sujet peut amasser un grand nombre de faits et d'informations (Critère B1). Ces intérêts ou activités sont poursuivis très intensément, souvent à l'exclusion d'autres activités.

La perturbation peut entraîner une altération cliniquement significative de l'adaptation sociale qui peut, à son tour, avoir un impact significatif sur l'autonomie, l'activité professionnelle ou d'autres domaines importants du fonctionnement (Critère C). Les déficits sociaux et la restriction des intérêts, des activités et des modes de comportement sont la source d'un handicap considérable.

À la différence du Trouble autistique, il n'existe pas de retard de langage cliniquement significatif (p. ex., des mots isolés sont utilisés vers l'âge de 2 ans, des phrases à valeur de communication vers l'âge de 3 ans) (Critère D). Par la suite, le langage peut être inhabituel du fait de la verbosité du sujet ou de sa préoccupation par certains thèmes. Les difficultés de communication peuvent résulter du dysfonctionnement social et du défaut d'appréciation et d'utilisation des règles conventionnelles de la conversation, du défaut d'appréciation des signes non-verbaux et de capacités limitées à se contrôler.

Les individus ayant un Trouble d'Asperger n'ont pas de retards cliniquement significatifs du développement cognitif ou des compétences à être autonome, en fonction de l'âge, ni ries comportements adaptatifs (autres que lors d'interactions sociales), ou de la curiosité pour l'environnement clans l'enfance (Critère E). Du fait du développement dans les limites de la normale du langage précoce et des compétences cognitives au cours des 3 premières années de la vie, les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant ne s'inquiètent généralement pas du développement de l'enfant pendant cette période, bien qu'un interrogatoire détaillé puisse retrouver des comportements inhabituels. L'enfant peut être décrit comme ayant parlé avant d'avoir marché, et les parents peuvent avoir vraiment cru que leur enfant était précoce (p. ex., enfant décrit comme ayant un vocabulaire riche ou « adulte »). Bien que des problèmes subtils de sociabilité puissent exister, les parents ou autres ne s'inquiètent souvent pas avant que l'enfant n'entre à la maternelle ou ne soit exposé à des enfants du même âge ; c'est à ce moment que les difficultés sociales de l'enfant avec des pairs du même âge peuvent se faire jour.

Par définition, le diagnostic ne doit pas être porté si les critères d'un autre Trouble envahissant du développement spécifique ou de Schizophrénie sont présents (malgré la possibilité de coexistence des diagnostics de Trouble d'Asperger et de Schizophrénie, si le début du Trouble d'Asperger a clairement précédé le début de la Schizophrénie) (Critère F).

Caractéristiques et troubles associés

À la différence du Trouble autistique, le Trouble d'Asperger n'est en général pas associé à un Retard mental, bien que dans quelques rares cas la présence d'un Retard mental léger ait été notée (p. ex., lorsque le Retard mental ne devient apparent qu'au moment de la scolarisation, sans qu'il y ait eu de retard cognitif ou de langage apparent au cours des premières années de la vie). Une variabilité de fonctionnement cognitif peut s'observer, avec des forces dans le domaine des compétences verbales (p. ex., vocabulaire, mémorisation auditive) et des faiblesses dans les domaines non-verbaux (p. ex., aptitudes visuo-motrices et visuo-spatiales). De la maladresse motrice et de la bizarrerie peuvent s'observer mais sont en général relativement légères, bien que les difficultés motrices puissent contribuer au rejet par les pairs et à l'isolement social (p. ex., incapacité à participer à des sports collectifs). Des symptômes d'hyperactivité et d'inattention sont fréquents dans le Trouble d'Asperger, et, en effet, de nombreux individus ayant cette maladie reçoivent un diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité avant de recevoir celui de Trouble d'Asperger. L'association du Trouble d'Asperger avec plusieurs autres troubles mentaux, y compris les Troubles dépressifs, a été rapportée.

Caractéristiques spécifiques liées à l'âge et au sexe

Le tableau clinique peut se présenter de façon différente selon l'âge. Les inaptitudes sociales des enfants ayant ce trouble deviennent souvent plus frappantes avec le temps. À l'adolescence, quelques individus présentant le trouble peuvent apprendre à utiliser leurs domaines forts (p. ex., leurs capacités d'apprendre par coeur verbalement) pour compenser leurs domaines faibles. Les enfants ayant un Trouble d'Asperger peuvent être l'objet de sévices de la part des autres ; ceci, de même que des sentiments d'isolement social et la prise de conscience de soi grandissante, peut contribuer à l'apparition d'une dépression et d'anxiété à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le diagnostic du trouble est beaucoup plus fréquent (au moins 5 fois plus) chez les garçons que chez les filles.

Prévalence

Concernant la prévalence du Trouble d'Asperger, il n'y a pas encore rie données définitives.

Évolution

Le Trouble d'Asperger est un trouble permanent qui dure toute la vie. Chez les enfants d'âge scolaire, de bonnes compétences verbales peuvent, jusqu'à un certain point, masquer l'importance de la dysfonction sociale de l'enfant et tromper les enseignants et personnes qui s'occupent de l'enfant — ainsi, ceux-ci peuvent-ils se concentrer sur les bonnes aptitudes verbales de l'enfant mais ne pas être assez conscients des pro-

blèmes dans d'autres domaines (en particulier l'adaptation sociale). les relativement bonnes compétences verbales de l'enfant peuvent aussi amener les enseignants et personnes s'occupant de l'enfant à attribuer de façon erronée les difficultés comportementales à de l'entêtement ou à de la mauvaise volonté. L'intérêt pour établir des relations sociales peut s'accroître à l'adolescence à mesure que les individus apprennent quelques façons de réagir à leurs difficultés en s'adaptant mieux — par exemple, l'individu peut apprendre à employer des règles verbales explicites ou des séries de comportements appris dans certaines situations stressantes. Les individus plus âgés peuvent présenter de l'intérêt pour les amis, mais, ne possédant pas le sens des conventions de l'interaction sociale, ils sont plus susceptibles de se faire des amis parmi des individus beaucoup plus âgés ou plus jeunes qu'eux. Le pronostic semble significativement meilleur que celui du Trouble autistique car des études de suivi suggèrent que beaucoup d'individus, devenus adultes, sont capables de gagner leur vie en travaillant et d'être autonomes.

Aspects familiaux

Bien que les données familiales soient limitées, il semble exister une fréquence accrue du Syndrome d'Asperger chez les apparentés de sujets atteints. Il se peut également qu'il y ait un risque accru de Trouble autistique, ainsi que de difficultés sociales plus générales.

Diagnostic différentiel

Le Trouble d'Asperger doit être distingué des autres **Troubles envahissants du développement,** qui se caractérisent tous par des problèmes dans les interactions sociales. Il diffère du **Trouble autistique** par divers aspects. Dans le Trouble autistique, il existe, par définition, des anomalies significatives dans les domaines des interactions sociales, du langage et du jeu, tandis que dans le Trouble d'Asperger, il n'existe pas de retard significatif des compétences précoces dans le domaine cognitif ni dans celui du *langage.* De plus, dans le Trouble autistique, les intérêts et activités restreints, répétitifs et stéréotypés se caractérisent souvent par la présence (l'un maniérisme moteur, de préoccupations par des parties d'objets, des rituels et une détresse importante au changement, tandis que dans le Trouble d'Asperger ces éléments s'observent principalement dans la poursuite exhaustive d'un intérêt circonscrit portant sur un thème sur lequel le sujet passe un temps considérable à amasser des faits et informations. Dans certains cas, la distinction entre les deux maladies peut poser des problèmes. Dans le Trouble autistique, les aspects typiques de l'interaction sociale sont marqués par la recherche de l'isolement ou par une approche sociale particulièrement rigide, tandis que dans le Trouble d'Asperger, il semble exister une motivation à aller vers les autres, même si c'est de façon extrêmement excentrique, unilatérale, verbeuse et insensible.

Le Trouble d'Asperger doit aussi être distingué des Troubles envahissants du développement autres que le Trouble autistique. Le **Trouble de Rett** diffère du Trouble autistique par son sex-ratio et ses aspects déficitaires caractéristiques. Le diagnostic de Trouble de Rett n'a été porté que chez des filles, tandis que le Trouble d'Asperger survient beaucoup plus souvent chez les garçons. Dans le Trouble de Rett, il existe une décélération caractéristique de la croissance de la tête, une perte des compétences pour les activités manuelles intentionnelles et l'apparition d'une mauvaise coordination de

la démarche ou des mouvements du tronc. Le Trouble de Rett est également associé à un degré important de Retard mental et de perturbation globale du langage et de la communication.

Le Trouble d'Asperger diffère du **Trouble désintégratif de l'enfance** dans lequel la régression du développement suit un schéma différent, apparaissant après au moins 2 ans de développement normal. Les enfants ayant un Trouble désintégratif de l'enfance présentent également un degré important de Retard mental et de perturbation du langage. En revanche, dans le Trouble d'Asperger, il n'existe pas de régression du développement et, par définition, pas de retards significatifs, ni cognitif, ni du langage.

La **Schizophrénie** à début dans l'enfance apparaît habituellement après des années de développement normal ou presque normal, et les signes caractéristiques du trouble, comprenant hallucinations, délire et désorganisation du discours, sont présents. Dans le **Mutisme sélectif,** l'enfant présente habituellement des compétences appropriées pour la communication dans certains contextes, n'a pas de perturbation aussi grave de ses interactions sociales ni de restriction de ses comportements comme dans le Trouble d'Asperger. Inversement, les individus ayant un Trouble d'Asperger sont typiquement verbeux. Dans le **Trouble du langage expressif** et le **Trouble mixte du langage réceptif-expressif,** il existe une perturbation du langage mais pas de perturbation qualitative de l'interaction sociale ni de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Certains individus ayant un Trouble d'Asperger peuvent présenter des modes de comportement suggérant un **Trouble obsessionnel-compulsif,** mais une attention particulière devrait être portée à différencier les préoccupations et activités du Trouble d'Asperger et les obsessions et compulsions du Trouble obsessionnel-compulsif. Dans le Trouble d'Asperger, ces intérêts semblent être source de plaisir ou d'apaisement, tandis que dans le Trouble obsessionnel-compulsif ils sont source d'anxiété. En outre, dans le Trouble obsessionnel-compulsif, il n'y a généralement pas le niveau de perturbation de l'interaction sociale et de la communication à caractère social que l'on observe dans le Trouble d'Asperger.

La relation entre le Trouble d'Asperger et le **Trouble de personnalité schizoïde** n'est pas claire. En général, les difficultés sociales du Trouble d'Asperger sont plus graves et de début plus précoce. Bien que quelques individus ayant un Trouble d'Asperger puissent ressentir une anxiété élevée et débilitante dans des situations sociales, comme dans la **Phobie sociale** ou **d'Autres troubles anxieux,** ces dernières affections ne sont pas caractérisées par les perturbations envahissantes du développement social ou par les intérêts circonscrits typiques du Trouble d'Asperger. Le Trouble d'Asperger doit être distingué d'une bizarrerie sociale normale et d'intérêts et violons d'Ingres normaux appropriés pour l'âge. Dans le Trouble d'Asperger, les déficits sociaux sont vraiment graves et les préoccupations sont envahissantes et interfèrent avec l'acquisition des compétences de base.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères et algorithmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 sont presque les mêmes.

• Critères diagnostiques du F84.5 1299.80] Syndrome d'Asperger

A. Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

(1) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, *de* comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes
(2) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement
(3) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p. ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)
(4) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

B. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(1) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit clans son orientation
(2) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels
(3) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)
(4) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

C. La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou clans d'autres domaines importants.

D. Il n'existe pas de retard général du langage significatif sur le plan clinique (p. ex., le sujet a utilisé des mots isolés vers l'âge de 2 ans et des phrases à valeur de communication vers l'âge de 3 ans).

E. Au cours de l'enfance, il n'y a pas eu de retard significatif sur le plan clinique clans le développement cognitif ni clans le développement, en fonction de l'âge, des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif (sauf clans le domaine de l'interaction sociale) et de la curiosité pour l'environnement

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F84.5 1299.80) Syndrome d'Asperger** *(suite)*

F. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre Trouble envahissant du développement spécifique ni à ceux d'une Schizophrénie.

F84.9 [299.80] Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique)

On doit se servir de cette catégorie quand existe une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale ou non verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés, en l'absence des critères complets d'un Trouble envahissant du développement spécifique, de Schizophrénie, de Personnalité schizotypique ou de Personnalité évitante. Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d'« autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du Trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous le seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques.

Troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur

Trouble déficit de attention/hyperactivité

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble déficit de l'attention/hyperactivité est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire (Critère A). Il faut qu'un nombre minimum de symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention entraînant une gêne fonctionnelle aient été présents avant l'âge de 7 ans bien que, dans beaucoup de cas, le diagnostic ne soit porté que plusieurs années après leur apparition, en particulier dans le cas de sujets présentant le Type inattention prédominante (Critère B). La gêne fonctionnelle liée aux symptômes doit être manifeste dans au moins deux types d'environnement différents (p. ex., à la maison et à l'école ou au travail) (Critère C). On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel qui

1. Dans la CIM-10, l'autisme atypique est codé F84.1 (N.d.T).

correspond au niveau de développement du sujet (Critère D). La perturbation ne doit pas survenir exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Trouble de l'humeur, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité) (Critère E).

L'inattention peut se manifester dans le contexte scolaire, professionnel ou social. Les sujets atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité peuvent se montrer incapables de prêter attention aux détails, ou faire des fautes d'étourderie dans leurs devoirs scolaires ou d'autres tâches (Critère A1a). Leur travail est souvent brouillon et accompli sans soin ni réflexion préalable. Les sujets ont souvent du mal à soutenir leur attention au travail ou dans les jeux, ils trouvent difficile d'aller jusqu'au bout des choses (Critère A1b). Souvent, ils donnent l'impression d'avoir l'esprit ailleurs et de ne pas écouter ou de ne pas entendre ce qui se dit (Critère A1c). Ils changent fréquemment d'activité, commençant une tâche, passant à une autre, se tournant encore vers une troisième, sans en terminer aucune. Souvent, ils ne font pas ce qu'on leur demande ou ne se conforment pas aux directives, ils n'arrivent pas à terminer leurs devoirs scolaires, leurs tâches domestiques ou d'autres tâches (Critère A1d). Mais l'incapacité à terminer une tâche ne peut être considérée comme un critère de Déficit de l'attention/ hyperactivité que si *elle* est liée à un manque d'attention, par opposition à d'autres raisons possibles (p. ex., une incapacité à comprendre les consignes, provocation). Les sujets ont souvent du mal à organiser leurs travaux ou leurs activités (Critère Ac1). Les tâches qui requièrent un effort intellectuel soutenu sont vécues comme déplaisantes et prises en grande aversion. De ce fait, les sujets évitent ou détestent les activités qui exigent une application soutenue et un effort intellectuel, ou celles qui demandent de l'organisation et de la concentration (p. ex., les devoirs scolaires ou autres écritures) (Critère Ail). Il faut que l'évitement soit dû aux difficultés attentionnelles du sujet et non à une attitude primaire d'opposition, bien qu'une telle attitude puisse ultérieurement se développer. La manière de travailler est souvent désordonnée et les instruments nécessaires éparpillés, perclus, malmenés ou abîmés (Critère A1g). Les sujets atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité se laissent facilement distraire par des choses sans importance et interrompent fréquemment ce qu'ils sont en train de faire pour s'intéresser à des bruits ou à des événements mineurs, que la plupart des gens ignorent habituellement (p. ex., le klaxon d'une voiture, une conversation au loin) (Critère Al h). Ils ont des oublis fréquents clans la vie quotidienne (p. ex., manquer des rendez-vous, oublier d'apporter son déjeuner) (Critère Ale). Dans les relations sociales, l'inattention peut se manifester par des changements fréquents de sujet de conversation, par une incapacité à écouter les autres ou à suivre une conversation, et par le non respect des détails ou des règles clans les jeux ou d'autres activités.

L'hyperactivité peut se manifester par de la « bougeotte » ou des contorsions sur son siège (Critère A2a), par l'incapacité à rester assis quand il le faudrait (Critère A2b), par le fait de courir ou de grimper partout, dans des situations où cela est inapproprié (Critère A2c), par des difficultés à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir (Critère A2d), par le fait d'être toujours « sur la brèche » ou comme « monté sur ressorts » (Critère Ale) et de parler excessivement (Critère A2f). L'hyperactivité peut varier avec l'âge et le niveau de développement du sujet, et il faut être très prudent avant de porter le diagnostic *chez* les jeunes enfants. Les très jeunes et les enfants d'âge préscolaire atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité diffèrent des enfants normalement actifs parce qu'ils sont constamment en mouvement et s'intéressent à tout à la fois ; ils foncent de droite à gauche, sont déjà dehors avant d'avoir enfilé leur manteau,

sautent ou grimpent sur les meubles, courent dans toute la maison et, en collectivité, Ont du mal à participer à des activités de groupe où il faut rester tranquille (p. ex., écouter une histoire). Les enfants d'âge scolaire présentent des comportements similaires mais généralement de moindre fréquence et de moindre intensité que ceux des plus petits. Ils ont du mal à rester assis, se lèvent fréquemment, se tortillent ou se balancent sur leur siège. Ils touchent à tout, tapent des mains, remuent sans cesse les jambes ou les pieds. Ils se lèvent souvent pendant les repas, au milieu d'un programme de télévision, ou pendant leurs devoirs ; ils parlent excessivement ; ils font trop de bruit pendant les activités calmes. Chez les adolescents et les adultes, les symptômes d'hyperactivité prennent la forme (l'un sentiment de nervosité et d'une difficulté à s'engager dans les activités calmes et sédentaires.

L'impulsivité se manifeste par de l'impatience, par une difficulté à attendre avant de répondre, le sujet laissant échapper la réponse avant male que la question n'ait été entièrement posée (Critère A2g), par une difficulté à attendre son tour (Critère A2h), et par une tendance fréquente à interrompre les autres ou à imposer sa présence, à un point qui crée des problèmes dans les situations sociales, scolaires ou professionnelles (Critère A2i). Les autres peuvent se plaindre de ne plus pouvoir placer un mot. Typiquement, les sujets atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité font des commentaires quand on ne leur en demande pas, n'écoutent pas les consignes, entament la conversation à tort et à travers, interrompent les autres à tout bout de champ, imposent leur présence, arrachent les objets des mains des autres, touchent à ce qu'il ne devraient pas, et font le pitre dans leur entourage. L'impulsivité peut être source d'accidents (p. ex., renverser des objets, heurter des gens, attraper une casserole brûlante) et conduire le sujet à se lancer dans des activités potentiellement périlleuses, sans réfléchir à leurs possibles conséquences (p. ex., grimper de façon répétée en position instable, faire de la planche à roulettes sur un terrain extrêmement accidenté).

Les manifestations attentionnelles et comportementales du trouble apparaissent habituellement dans de multiples contextes : à la maison, à l'école, au travail et dans les rencontres sociales. Pour avoir une valeur diagnostique, ces manifestations doivent entraîner une gêne dans au moins deux types d'environnement différents (Critère C). Il est très inhabituel qu'un sujet présente le même niveau de dysfonctionnement dans tous les environnements ou, dans le même environnement, en toutes circonstances. Typiquement, les symptômes s'aggravent dans les situations qui exigent une attention ou un effort intellectuel soutenu, ou celles qui manquent intrinsèquement (l'attrait ou de nouveauté (p. ex., écouter les professeurs, faire son travail scolaire, écouter ou lire des documents longs, travailler à des tâches monotones et répétitives). En revanche, les manifestations cliniques peuvent être minimes, voire absentes, lorsque le sujet reçoit des récompenses répétées pour bonne conduite, qu'il est sous stricte surveillance, dans un environnement nouveau, ou absorbé par des activités particulièrement intéressantes, ou encore dans des situations de tête-à-tête (p. ex., dans le cabinet du clinicien). Les symptômes ont plutôt tendance à survenir lorsque le sujet est dans une situation de groupe (p. ex., en garderie, en classe ou au travail). Le clinicien doit donc recueillir des informations en provenance de plusieurs sources (p. ex., les parents, les enseignants) et se renseigner sur le comportement de l'enfant dans toute une variété de situations, au sein de chaque environnement (p. ex., quand il fait ses devoirs ou prend ses repas).

Sous-types

Bien que, chez la plupart des sujets, les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité coexistent, chez certains, l'un ou l'autre mode de conduite est prédominant. C'est la nature des symptômes prédominants au cours des 6 derniers mois qui déterminera le sous-type clinique (pour le diagnostic actuel).

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte. Ce sous- type doit être utilisé lorsque six symptômes d'inattention (ou plus) et six symptômes d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont été présents pendant au moins six mois. La plupart des enfants et adolescents atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité présentent le type mixte. On ne sait pas s'il en est de même chez les adultes atteints du trouble.

F90.0 [314.00] Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante. Ce sous-type doit être utilisé lorsque six symptômes d'inattention (ou plus), mais moins de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité, ont été présents pendant au moins six mois. L'hyperactivité peut cependant être une caractéristique significative dans beaucoup de ces cas, tandis que d'autres cas sont plus marqués par l'inattention.

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante. Ce sous-type doit être utilisé lorsque six symptômes d'hyperactivité/impulsivité (ou plus), mais moins de six symptômes d'inattention, ont été présents pendant au moins six mois. Dans de tels cas, l'inattention peut néanmoins représenter un trait clinique significatif

Procédures d'enregistrement

Les sujets qui, en début d'évolution du trouble, répondaient à un diagnostic de type inattention prédominante ou de type hyperactivité-impulsivité prédominante, peuvent répondre ultérieurement au diagnostic de type mixte, et vice versa. Le sous-type approprié (pour le diagnostic actuel) sera choisi en fonction des symptômes prédominants au cours des 6 derniers mois. Si tous les critères ne sont plus remplis mais que persistent certains symptômes significatifs sur le plan clinique, le diagnostic approprié sera : Déficit de l'attention/hyperactivité, en rémission partielle. Lorsque les symptômes ne correspondent pas à l'ensemble des critères diagnostiques du trouble, et que l'on ne sait pas si ces critères ont déjà été tous remplis, le diagnostic devra être : Déficit de l'attention/hyperactivité, non spécifié.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés.Les caractéristiques associées varient selon l'âge et le stade de développement du sujet, pouvant inclure : une faible tolérance à la frustration, des accès de colère, de l'autoritarisme, de l'entêtement, une insistance fréquente et excessive à *ce* que les demandes soient satisfaites, une labilité de l'humeur, une démoralisation, une dysphorie, des réactions de rejet de la part des autres et une faible estime de soi. Les performances scolaires sont souvent très mauvaises et dévalorisées de façon importante, ce qui amène en général des conflits avec la famille et les autorités scolaires. Le manque d'application pour les tâches qui exigent un effort soutenu est souvent interprété par les autres comme une preuve de paresse, un refus des responsabilités ou un comportement d'opposition. Les relations familiales

sont souvent empreintes de ressentiment et d'antagonisme, d'autant que les variations dans la symptomatologie du sujet font souvent croire aux autres que la mauvaise conduite est délibérée. Il existe souvent une mésentente familiale et des interactions parent-enfant négatives. Ces interactions négatives diminuent souvent avec la réussite du traitement. En moyenne, les sujets atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité réussissent dans moins de matières scolaires que leurs pairs et ont un moindre taux de réussite professionnelle. De plus, le niveau intellectuel, mesuré par des tests individuels de QI, est inférieur de plusieurs points chez les enfants ayant ce trouble par rapport à leurs pairs. Parallèlement, on observe une grande variabilité du Qi : des sujets ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité peuvent faire preuve d'un développement intellectuel au-dessus de la moyenne ou même être supérieurement doués. Dans sa forme grave, le trouble est très handicapant, affectant l'adaptation sociale, familiale et scolaire. Les trois sous-types sont associés à un handicap significatif. L'insuffisance des résultats scolaires et les problèmes scolaires ont tendance à être plus importants dans les types dominés par l'inattention (Type inattention prédominante et Type combiné), tandis que le rejet par les camarades et, à un moindre degré, les blessures par accident sont plus fréquents dans les types marqués par l'hyperactivité et l'impulsivité (Type hyperactivité-impulsivité prédominante et Type combiné). Les enfants ayant le Type inattention prédominante ont tendance à être socialement passifs et semblent négligés, plutôt que rejetés par leurs pairs.

Une proportion substantielle (environ la moitié) des enfants adressés en consultation pour Déficit de l'attention/hyperactivité présentent également un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble des conduites. Les pourcentages de co-occurrence du Déficit de l'attention/hyperactivité avec ces autres Comportements perturbateurs sont plus élevés qu'avec les autres troubles mentaux, et cette co-occurrence est plus probable dans les deux sous-types marqués par l'hyperactivité-impulsivité (Types hyperactivité-impulsivité prédominante et combiné). Chez des enfants ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité, les autres troubles possiblement associés comprennent les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux, les Troubles des apprentissages et les Troubles de la communication. Bien qu'un Déficit de l'attention/hyperactivité soit présent chez 50 % au moins des enfants adressés en consultation pour Syndrome de Gilles de la Tourette, la plupart des enfants ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité ne présentent pas de Gilles de la Tourette. Lorsque les cieux troubles coexistent, le début du Déficit de l'attention/hyperactivité précède souvent celui du Syndrome de Gilles de la Tourette.

Il peut y avoir des antécédents de sévices ou de carence de soins pendant l'enfance, de placements familiaux multiples, d'exposition à des substances neurotoxiques (p. ex., saturnisme), de maladies infectieuses (p. ex., encéphalite), d'exposition médicamenteuse *in utero,* ou de Retard mental. Bien qu'un faible poids de naissance puisse être parfois associé à un Déficit de l'attention/hyperactivité, la plupart des enfants ayant eu un faible poids de naissance ne développent pas de Déficit de l'attention/hyperactivité, et la plupart des enfants ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité n'ont pas d'antécédent de faible poids de naissance.

Examens complémentaires. Aucun examen complémentaire ni aucun examen neurologique, ni aucune évaluation de l'attention ne peut être considéré comme ayant une valeur diagnostique pour le Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. Certains tests neuropsychologiques demandant un effort intellectuel soutenu se sont avérés anormaux chez des sujets souffrant du trouble comparativement à ceux de pairs, mais ces tests n'ont pas fait la preuve de leur utilité pour déterminer si un sujet en particulier

présente le Trouble. On ne connaît pas encore les déficits cognitifs fondamentaux qui sont responsables de ces différences de groupes.

Examen clinique et affections médicales générales associées. A l'examen clinique, il n'existe pas de signes spécifiques associés au diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité, bien que des anomalies physiques mineures (p. ex., hypertélorisme, voûte palatine ogivale, implantation basse des oreilles) aient pu être observées avec une plus grande fréquence que dans la population générale. Les blessures physiques par accident semblent également survenir plus fréquemment.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

On sait que le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité peut survenir dans différentes cultures, les variations de prévalence rapportées entre les différents pays occidentaux provenant probablement davantage de différences clans les pratiques diagnostiques que de différences clans les tableaux symptomatiques.

Le diagnostic est particulièrement difficile à établir chez les enfants de moins de 4 ou 5 ans, parce que leurs caractéristiques comportementales sont beaucoup plus variables que celles des enfants plus âgés et peuvent inclure des traits similaires aux symptômes du Déficit de l'attention/hyperactivité. En outre, les symptômes d'inattention chez les enfants qui commencent à marcher ou les enfants d'âge préscolaire ne sont pas faciles à observer, car il est rare qu'on leur demande un effort d'attention soutenue. Il est cependant possible de capter l'attention de très jeunes enfants dans diverses situations (p. ex., un enfant normal de 2 ou 3 ans peut rester assis avec un adulte à feuilleter des livres d'images). En revanche, les jeunes enfants atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité bougent énormément et sont difficiles à contenir. Pour avoir une vision clinique complète chez un jeune enfant, il peut être utile de s'informer sur une large gamme de comportements possibles. Une perturbation importante a été démontrée chez des enfants d'âge préscolaire ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité. Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes d'inattention affectent le travail en classe et les performances scolaires. Les symptômes impulsifs peuvent aussi entraîner la transgression de règles familiales, interpersonnelles et éducatives. Les symptômes de Déficit de l'attention/hyperactivité sont typiquement à leur maximum pendant les années d'école élémentaire. Lorsque les enfants acquièrent plus de maturité, les symptômes deviennent moins apparents. A la fin de l'enfance et au début de l'adolescence, les signes d'activité motrice exagérée (p. ex., courir et grimper exagérément, ne pas pouvoir rester assis) deviennent moins fréquents et les symptômes d'hyperactivité peuvent se limiter à de la nervosité, ou à une sensation intérieure d'agitation et d'incapacité à tenir en place. A l'âge adulte, l'agitation peut rendre difficile la participation à des activités sédentaires, et conduire à éviter les activités professionnelles ou les activités de loisirs qui ne permettent pas beaucoup de bouger (p. ex., les emplois de bureau). Chez les adultes, le dysfonctionnement social semble survenir plus particulièrement chez ceux qui présentaient simultanément des diagnostics surajoutés clans l'enfance. Il faut être prudent lorsqu'on porte le diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité chez un adulte en se fondant seulement sur les souvenirs de celui-ci d'avoir été un enfant inattentif ou hyperactif, car la validité de telles données rétrospectives pose souvent problème. Bien qu'il ne soit pas toujours possible d'obtenir des informations permettant de soutenir le diagnostic, la fiabilité de celui-ci peut être améliorée en s'appuyant sur des informations provenant d'autres sources et venant le corroborer (comprenant les bulletins scolaires antérieurs).

Le trouble est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles, le rapport garçon : fille variant de 2 : 1 à 9 : 1 selon le type (p. ex., le Type inattention prédominante semble avoir un sex-ratio moins marqué) et la structure d'accueil (p. ex., les enfants adressés en consultation sont plus souvent des garçons).

Prévalence

La prévalence du Déficit de l'attention/hyperactivité est estimée à 3-7% chez les enfants d'âge scolaire. Ces taux varient en fonction de la nature de la population échantillonnée et de la méthode d'évaluation. Les données sur la prévalence à l'adolescence et à l'âge adulte sont limitées. Les données suggèrent que la prévalence du Déficit de l'attention/hyperactivité selon la définition du DSM-IV pourrait être quelque peu supérieure à celle du trouble selon la définition du DSM-III-R du fait de l'inclusion du Type hyperactivité-impulsivité prédominante et du Type inattention prédominante (qui auraient été diagnostiqués Trouble : hyperactivité avec déficit de l'attention non spécifié dans le DSM-III-R).

Évolution

La plupart des parents commencent à remarquer un excès d'activité motrice chez leur enfant quand il est encore très jeune, souvent à l'époque du développement de la locomotion autonome. Mais comme beaucoup de jeunes enfants trop actifs ne développeront pas ultérieurement un Déficit de l'attention/hyperactivité, il faut faire particulièrement attention à différencier une hyperactivité normale de l'hyperactivité caractéristique du Déficit de l'attention/hyperactivité avant de porter ce diagnostic chez un jeune enfant. Le diagnostic se fait habituellement pendant les années d'école primaire, quand les symptômes compromettent l'adaptation scolaire. Certains enfants ayant le Type inattention prédominante peuvent n'arriver à se faire soigner qu'à la fin de l'enfance. Dans la majorité des cas vus en consultation, le trouble reste relativement stable jusqu'au début de l'adolescence. Chez la plupart des sujets, les symptômes (en particulier l'hyperactivité motrice) s'atténuent à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte bien qu'une minorité de sujets continue à présenter le tableau clinique complet du Déficit de l'attention/hyperactivité jusqu'au milieu de l'âge adulte. D'autres ne garderont à cet âge que quelques symptômes ; il faudra alors utiliser le diagnostic rie Déficit de l'attention/hyperactivité, en rémission partielle. Ce dernier diagnostic s'applique aux sujets qui ne présentent plus le tableau complet mais chez qui persistent quelques symptômes entraînant une gêne fonctionnelle.

Aspects familiaux

On a montré que le Déficit de l'attention/hyperactivité était plus fréquent chez les apparentés biologiques de premier degré d'enfants atteints du trouble que dans la population générale. Une quantité considérable de données atteste de la forte influence des facteurs génétiques sur le degré d'hyperactivité, d'impulsivité et (l'inattention mesurées en tant que dimensions. Cependant, la famille, l'école et l'influence des pairs sont cruciales et déterminent l'importance de la gêne et de la comorbidité. Les études suggèrent également une prévalence accrue de Troubles de l'humeur, de Troubles anxieux, de Troubles des apprentissages, de Trouble liés à une substance et de Personnalité antisociale dans les familles de sujets ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité.

Diagnostic différentiel

Au début de l'enfance, il peut être difficile de distinguer les symptômes du Déficit de l'attention/hyperactivité de **comportements appropriés à l'âge chez des enfants actifs** (p. ex., courir dans tous les sens ou faire du bruit).

Des symptômes d'inattention sont fréquents chez les enfants ayant un QI faible placés dans des classes qui ne correspondent pas à leurs capacités intellectuelles. lis doivent être distingués de symptômes similaires chez les enfants présentant un Déficit de l'attention/hyperactivité. Chez les sujets ayant un **Retard mental,** on ne doit faire un diagnostic additionnel de Déficit de l'attention/hyperactivité que si les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité sont excessifs pour l'âge mental de l'enfant. On peut également observer de l'inattention en classe chez des sujets d'intelligence élevée placés dans des **environnements scolaires insuffisamment stimulants** Le Déficit de l'attention/hyperactivité doit aussi être distingué de la difficulté à acquérir des comportements intentionnels dirigés vers un but chez des enfants vivant dans des environnements inadéquats, désorganisés ou chaotiques. La reconstruction solide de l'ensemble des symptômes, obtenue à partir de sources d'information multiples (p. ex., baby-sitters, grands-parents, parents de camarades) permet d'apporter un ensemble d'observations sur l'enfant concernant l'inattention, l'hyperactivité, la capacité d'autocontrôle, en fonction de son âge et dans différents types d'environnements.

Certains sujets ayant un **comportement oppositionnel** peuvent refuser de faire un travail ou une tâche scolaire qui demandent de l'application personnelle, simplement pour ne pas se conformer à ce qu'on leur demande. Il faut différencier ces conduites de l'évitement des activités scolaires qu'on observe chez les enfants ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité. Le fait que certains d'entre eux développent secondairement des attitudes d'opposition envers de telles activités ou en dévaluent l'importance, souvent pour justifier leurs échecs, complique le diagnostic différentiel.

L'augmentation de l'activité motrice qui peut survenir dans le Déficit de l'attention/hyperactivité doit être différenciée du comportement moteur répétitif caractéristique du **Trouble mouvements stéréotypés.** Dans les mouvements stéréotypés, le comportement moteur est en général concentré et fixé (p. ex., balancement du corps, automorsures), tandis que la nervosité et l'agitation du Déficit de l'attention/hyperactivité sont typiquement plus généralisées. De plus, les sujets ayant des mouvements stéréotypés ne sont en général pas trop actifs ; en dehors de leur stéréotypie, ils peuvent avoir une activité diminuée.

On ne doit pas faire le diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité si celui d'un **autre trouble mental** peut mieux expliquer les symptômes (p. ex., Trouble de l'humeur [en particulier le Trouble bipolaire], Trouble anxieux, Trouble dissociatif, Trouble de la personnalité, Modification de la personnalité due à une affection médicale générale, Trouble lié à une substance). Typiquement, dans tous ces troubles, les symptômes d'inattention débutent après l'âge de sept ans, et l'adaptation scolaire avant cet âge n'a pas été marquée par des conduites perturbatrices ou par des plaintes d'instituteurs pour comportement inattentif, hyperactif ou impulsif. Lorsqu'un Trouble de l'humeur ou un Trouble anxieux coexiste avec un Déficit de l'attention/hyperactivité, il faut porter les deux diagnostics. On ne fait pas le diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité si les symptômes d'inattention et d'hyperactivité surviennent exclusivement au cours d'un **Trouble envahissant du développement** ou d'un **Trouble psychotique.** Des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité liés à la prise de médicaments (p. ex., broncho-dilatateurs, isoniazide, akathisie des neurolepti-

ques) chez des enfants de moins de sept ans ne doivent pas faire porter le diagnostic de Déficit de l'attention/hyperactivité mais celui d'autre Trouble lié à une substance non spécifié.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 sont presque les mêmes que ceux du DSM-IV, mais l'algorithme diagnostique est très différent, avec une définition de la catégorie beaucoup plus étroite dans la CIM-10. Alors que l'algorithme diagnostique du DSM-IV requière soit six symptômes d'inattention, soit six symptômes d'hyperactivité/impulsivité, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 exigent au moins six symptômes d'inattention, au moins trois d'hyperactivité et au moins un d'impulsivité. Au lieu de définir des sous-types selon la nature des symptômes prédominants, la CIM-10 permet une spécification selon que les critères du Trouble des conduites sont ou non également remplis. Dans la CIM-10, *le* trouble est dénommé Perturbation de l'activité et de l'attention, dans la rubrique des Troubles hyperkinétiques.

Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et *ne* parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

(f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité *(suite)*

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants **d'hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité
(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
(b) se lève souvent en classe ou dans (l'autres situations où il est supposé rester assis
(c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
(cl) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
(e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
(f) parle souvent trop

Impulsivité
(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
(h) a souvent du mal à attendre son tour
(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention avant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types (l'environnement différents (p. ex., à l'école — ou au travail — et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité *(suite)*

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Code selon le type :

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les Critères Al et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F90.0 [314.00] Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère Al est rempli mais pas le Critère A2

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante • si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère Al

Note de codage : Pour les sujets (particulièrement les adolescents et les adultes) dont les symptômes ne remplissent plus actuellement l'ensemble des critères diagnostiques, spécifier : « en rémission partielle ».

F90.9 [314.9] Trouble : déficit de l'attention/ hyperactivité, non spécifié

Cette catégorie est réservée aux troubles avec symptômes évidents d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité, qui ne remplissent pas tous les critères du Trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

1. Sujets dont les symptômes et la gêne remplissent les critères de Déficit de l'attention/hyperactivité, de type inattention prédominante, mais dont l'âge de début est supérieur ou égal à 7 ans.
2. Sujets ayant une gêne cliniquement significative et une inattention, dont l'ensemble des symptômes ne remplit pas les critères du trouble, mais dont le comportement est marqué par la paresse, les rêveries diurnes et une diminution de l'activité.

Trouble des conduites *

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). On peut faire le diagnostic de Trouble des conduites chez des sujets âgés de 18 ans ou plus, mais seulement *en* l'absence des critères de la Personnalité antisociale (Critère C). I,es comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés : à l'école, à la maison ou à l'extérieur. Les sujets atteints de Trouble des conduites avant tendance à minimiser leurs problèmes de comportement, le clinicien doit souvent s'informer également auprès de ses 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 enfants ou adolescents 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 (Critère A1) ; commencer les 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 carreaux 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 clans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui (Critère A1.0) ; 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 Al 1) ; de voler des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage, contrefaçon) (Critère Al2).

On peut aussi observer des violations graves de règles établies (p. ex., règles scolaires ou parentales). 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 régulièN.d.T Ace diagnostic correspondent les codes [312.9x de la CIM-9-MC et les codes F91.x de la CIM-10.

renient 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). Chez les sujets plus âgés, ce sont des absences fréquentes du travail sans raison valable.

Sous-types

On a proposé deux sous-types pour le Trouble des conduites, en fonction de l'âge de début du trouble (c.-à-d. type à début pendant l'enfance, type à début pendant l'adolescence). Ces sous-types diffèrent par la nature des principaux problèmes rie conduite, par l'évolution, par le pronostic et par la prévalence selon le sexe. Chaque sous-type peut se présenter sous une forme légère, modérée ou sévère. Pour déterminer l'âge de début du trouble, il faut obtenir des informations auprès du jeune mais aussi auprès des personnes qui l'ont élevé. Étant donné que de nombreux comportements pathologiques peuvent rester cachés, les personnes responsables de l'enfant ne sont parfois pas à même de rapporter tous les symptômes et peuvent surestimer l'âge de leur survenue.

Type à début pendant l'enfance Ce sous-type se définit par l'apparition d'au moins un critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de dix ans. Les sujets de cette catégorie 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. Les sujets ayant le Type à début pendant l'enfance sont plus susceptibles de présenter un Trouble des conduites persistant et, à l'âge adulte, une Personnalité antisociale, que les sujets ayant un Type à début pendant l'adolescence.

Type à début pendant l'adolescence. Ce sous-type se définit par l'absence de tout critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans. Comparés à ceux du type à début pendant l'enfance, les sujets de cette catégorie 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 il se trouvent en groupe). Ils ont également moins de risques d'avoir un Trouble des conduites persistant et de développer une Personnalité antisociale à l'âge adulte. Le rapport garçon : fille pour le Trouble des conduites est moins élevé clans le type à début pendant l'adolescence que dans le type à début pendant l'enfance.

Début non spécifié. Ce sous-type doit être utilisé si l'âge de début n'est pas connu.

Critères de sévérité

Léger. Il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduites dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic, et les problèmes de conduite n'occa-

sionnent que peu de mal à autrui (p. ex., mensonges, école buissonnière, rester dehors après la nuit tombée sans permission).

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

Sévère. Il existe de nombreux problèmes de conduites dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic, ou bien les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui (p. ex., actes sexuels forcés, cruauté physique, emploi d'une arme, vol en affrontant la victime, effraction).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les sujets ayant un Trouble des conduites manifestent en général peu (l'empathie et peu (le sollicitude pour les sentiments, les désirs et le bien-être d'autrui. Surtout dans les situations ambiguës, ceux qui sont agressifs interprètent souvent à tort les intentions d'autrui comme hostiles et menaçantes, et réagissent avec une agressivité qu'ils considèrent comme justifiée. Ils peuvent être durs, ne ressentant ni culpabilité ni remords. Il est parfois difficile d'évaluer si un remords apparent est sincère, car certains de ces sujets ont appris que l'expression d'un remords peut réduire ou éviter la punition. Les personnes présentant un Trouble des conduites peuvent dénoncer leurs compagnons ou essayer d'attribuer à d'autres leurs méfaits. Leur estime de soi peut être mauvaise, bien qu'elle renvoie une image de « dur ». Chez d'autres sujets, l'évaluation de l'estime de soi peut paraître démesurée. Parmi les caractéristiques fréquemment associées, on note une faible tolérance à la frustration, une irascibilité, des accès de colère et de l'imprudence. La fréquence des accidents semble élevée.

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 consommation de substances peut augmenter le risque de voir le Trouble des conduites perdurer. Les conduites pathologiques peuvent avoir pour conséquences une exclusion scolaire provisoire ou définitive, des difficultés d'adaptation au travail, des problèmes avec la justice, (les 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 (l'accueil. Les idées de suicide, les tentatives de suicide et les suicides ont un taux plus élevé que le taux attendu.

Le Trouble des conduites peut s'accompagner d'un niveau d'intelligence inférieur à la moyenne, particulièrement en ce qui concerne le QI verbal. 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 additionnel de Trouble (les apprentissages ou de Trouble de la communication. Un Déficit de l'attention/hyperactivité est fréquent chez les enfants ayant un Trouble des conduites. Le Trouble (les conduites peut également être associé à un ou plusieurs des troubles mentaux suivants : Troubles des apprentissages, **Troubles** anxieux, Troubles de l'humeur, Trouble lié à une substance.

Parmi les facteurs prédisposant au développement d'un Trouble des conduites, on note : un rejet parental ou une carence de soins, un tempérament difficile pendant la prime enfance, des pratiques éducatives inadéquates avec discipline très dure, des sévices physiques ou sexuels, un manque de surveillance, un placement précoce en Ms-

titution, des changements fréquents rie nourrice ou de mode de garde, l'appartenance à une famille nombreuse, un tabagisme maternel pendant la grossesse, le rejet par les pairs, la fréquentation de bandes de délinquants, l'exposition à un voisinage violent et certains types de psychopathologie familiale (p. ex., Personnalité antisociale, Dépendance ou Abus de substances).

Examens complémentaires. Certaines études ont montré un rythme cardiaque plus lent et une conductance cutanée plus basse chez les sujets ayant un Trouble des conduites, comparés à des contrôles. Cependant les niveaux d'activation physiologique ne représentent en rien un critère diagnostique du trouble.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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 indésirables peuvent être considérés comme nécessaires à la protection de l'individu (environnement dangereux, pauvre, à taux élevé de criminalité). En accord avec la définition du trouble mental dans le DSM-IV, le diagnostic de Trouble des conduites s'applique uniquement si le comportement considéré est symptomatique d'un dysfonctionnement sous-jacent touchant l'individu et ne représente pas seulement une réaction directe au contexte social. Ainsi, de jeunes migrants venant de pays dévastés par la guerre qui ont eu des comportements agressifs peut-être nécessaires à leur survie dans pareil contexte, ne relèvent pas obligatoirement du diagnostic de Trouble des conduites. Le clinicien doit prendre en considération le contexte social et économique dans lequel les comportements indésirables se produisent.

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, bagarres) qui tendent à se produire les premiers, tandis que d'autres surviennent plus tard (p. ex., vol avec effraction). Typiquement, les problèmes de conduite les plus sévères (p. ex., viol, vol en affrontant la victime) viennent en dernier. 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).

Le Trouble des conduites, surtout celui de type à début pendant l'enfance, est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Des différences selon le sexe existent également quant à la nature des problèmes de conduites observés. Chez les garçons, ce sont habituellement les bagarres, les vols, le vandalisme, les problèmes de discipline à l'école ; chez les filles, plutôt les mensonges, l'école buissonnière, les fugues, l'abus de substances et la prostitution. Les agressions avec affrontement de la victime sont plus fréquentes chez les garçons, les filles étant plus enclines aux comportements sans affrontement.

Prévalence

La prévalence du Trouble des conduites semble avoir augmenté au cours des dernières décennies, elle serait plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Les taux de prévalence varient beaucoup selon la nature des populations étudiées et les méthodes d'évaluation utilisées. Les études en population générale rapportent des taux allant de moins de 1 % à plus de 10 %. Les taux de prévalence sont plus élevés chez les garçons

que chez les filles. Le Trouble des conduites est un des diagnostics les plus fréquents dans les services d'hospitalisation et de consultation de santé mentale infantile.

Évolution

Le début du Trouble des conduites peut survenir dès les années de maternelle, 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. 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. Pourtant, un pourcentage substantiel d'individus continue à présenter à l'âge adulte des symptômes répondant aux critères de la Personnalité antisociale.

Beaucoup de 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 sévères 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 vers une Personnalité antisociale ou vers un Trouble lié à une substance. Les sujets atteints de Trouble des conduites ont un risque accru de développement ultérieur de Troubles de l'humeur ou de Troubles anxieux, de Troubles somatoformes et de Trouble lié à une substance.

Aspects familiaux

Les résultats des études de jumeaux et (les études d'adoption mettent en évidence, dans le Trouble des conduites, à la fois des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Le risque de Trouble des conduites est accru chez les enfants dont un parent biologique ou un parent adoptif a une Personnalité antisociale, 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 à l'alcool, un Trouble de l'humeur, une Schizophrénie ou des antécédents de Déficit de l'attention/hyperactivité ou de Trouble des conduites.

Diagnostic Différentiel

Bien que le **Trouble oppositionnel avec provocation** comporte certains des éléments observés clans le Trouble des conduites (p. ex., désobéissance et opposition à l'autorité), on n'y retrouve pas le mode persistant de comportements plus graves qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet. 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, c'est le Trouble des conduites qui prime et on ne porte pas le diagnostic de Trouble oppositionnel *avec* provocation.

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.

Les enfants ou adolescents avant un **Trouble de l'humeur** sont volontiers irritables et ont souvent des problèmes de conduite. Habituellement, l'évolution épisodique et les autres symptômes caractéristiques d'un Trouble de l'humeur permettent de le distinguer d'un Trouble des conduites. Si les critères des deux troubles sont remplis, on peut faire à la fois le diagnostic de Trouble des conduites et celui de de Trouble de l'humeur.

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 et qui se développent en relation nette avec la survenue d'un facteur de stress psychosocial. Des problèmes de conduite isolés qui ne répondent ni aux critères du Trouble des conduites ni à ceux d'un Trouble de l'adaptation peuvent être codés comme **Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent** (voir « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique », p. 841). On ne porte le diagnostic de Trouble cies 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.

Chez les sujets de plus de 18 ans, on ne peut faire le diagnostic de Trouble des conduites qu'en l'absence des critères de la **Personnalité antisociale.** Mais le diagnostic de Personnalité antisociale ne peut être porté avant l'âge de 18 ans.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Bien que présentés différemment, les critères et algorithmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 pour le Trouble des conduites sont presque identiques.

Critères diagnostiques du Trouble des conduites

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 de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agressions 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

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Trouble des conduites

(suite)

(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.

Code selon l'âge de début :

Spécifier le type, selon l'âge de début :

312.81 Trouble des conduites, Type à début pendant l'enfance : présence d'au moins un critère caractéristique (lu Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans

312.82 Trouble des conduites, Type à début pendant l'adolescence : absence de tout critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans

312.89 Trouble des conduites, à début non spécifié : l'âge de début n'est pas connu

(Suite)

☐ **Critères diagnostiques du Trouble des conduites**
(suite)

Spécifier, selon la sévérité :
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
Moyen : le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère »
Sévère : il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui

F91.3 [313.81] Trouble oppositionnel avec provocation

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble oppositionnel avec provocation est un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité, qui persiste pendant au moins 6 mois (Critère A) ; il se traduit par la survenue fréquente d'au moins quatre des comportements suivants : le sujet se met en colère (Critère A1), conteste ce que disent les adultes (Critère A2), s'oppose activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes (Critère A3), fait délibérément des choses qui ennuient les autres (Critère A4), fait porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite (Critère A5), est susceptible ou facilement agacé par les autres (Critère A6), se fâche et manifeste du ressentiment (Critère A7), se montre méchant ou vindicatif (Critère A8). Pour porter le diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation, il faut que ces comportements surviennent plus fréquemment qu'on ne les observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables, et qu'ils entraînent une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (Critère B). On ne fait pas ce diagnostic si les comportements pathologiques surviennent exclusivement au cours d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble de l'humeur (Critère C), si les critères d'un Trouble des conduites sont présents ou si le sujet (âgé de 18 ans ou plus) répond aux critères d'une Personnalité antisociale.

Les comportements négativistes et provocateurs sont durables et se manifestent par de l'obstination, par une résistance à suivre les consignes et par le refus de faire des compromis, de céder ou de transiger avec les adultes ou avec les pairs. La provocation peut aussi se traduire par une attitude délibérée et permanente consistant à tester les limites d'autrui, à ignorer les ordres ou à les contester, et à refuser le blâme pour ses

mauvaises actions. L'hostilité peut être dirigée envers les adultes ou envers les pairs, elle se traduit par une volonté délibérée d'embêter les autres ou par de l'agressivité verbale (sans toutefois, en général, d'agressivité physique comme dans le Trouble des conduites). Les manifestations du trouble sont presque invariablement présentes à la maison mais ne sont pas toujours visibles à l'école ou en collectivité. Typiquement, c'est dans les interactions avec les adultes ou avec les pairs que le sujet connaît bien que les symptômes sont manifestes, et on peut ne pas les remarquer au cours d'un examen clinique. Habituellement, les sujets ne se reconnaissent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs mais justifient leurs conduites comme des réponses à des demandes déraisonnables ou des circonstances injustes.

Caractéristiques et troubles associés

Les caractéristiques et troubles associés varient en fonction de l'âge du sujet et de la sévérité du Trouble oppositionnel avec provocation. Pour les garçons, on a montré que le trouble était plus fréquent chez ceux ayant présenté, à l'âge préscolaire, un tempérament difficile (p. ex., réactivité excessive, difficulté à se calmer) ou une hyperactivité motrice. A l'âge scolaire, on peut observer une mauvaise estime de soi (ou une estime de soi démesurée), une labilité de l'humeur, une faible tolérance à la frustration, un langage grossier, et une consommation précoce d'alcool, de tabac ou de drogues illicites. L'enfant est souvent en conflit avec ses parents, ses professeurs ou ses camarades. Cela peut engendrer un cercle vicieux, parents et enfant semblant faire naître le pire les uns des autres. 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 clans lesquelles les pratiques éducatives ont été dures, incohérentes ou négligentes. Un Déficit de l'attention/hyperactivité est fréquent chez les enfants ayant un Trouble oppositionnel avec provocation. Des Troubles des apprentissages et des Troubles de la communication peuvent également lui être associés.

Caractéristiques liées à l'âge et au sexe

Du fait de la grande fréquence des comportements transitoires d'opposition à l'âge préscolaire et à l'adolescence, il faut être particulièrement prudent avant de faire le diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation pendant ces deux périodes du développement. Le nombre des symptômes du Trouble oppositionnel avec provocation tend à augmenter avec l'âge. Avant la puberté, le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles ; après la puberté, les taux de prévalence semblent se rapprocher. Les symptômes sont généralement similaires dans les deux sexes, si ce n'est que les garçons ont davantage de comportements de confrontation et, dans l'ensemble, des symptômes plus durables.

Prévalence

Selon les types de population étudiés et les méthodes d'investigation utilisées, le taux de prévalence du trouble varie de 2 % à 16 %.

Évolution

Le Trouble oppositionnel avec provocation se révèle habituellement avant l'âge de 8 ans, et généralement pas après le début de l'adolescence. Le plus souvent, les symptômes se manifestent d'abord à la maison et peuvent s'étendre, avec le temps, à d'autres environnements. Typiquement, le début des troubles est progressif, sur des mois, voire des années. Dans un pourcentage important de cas, le Trouble oppositionnel avec provocation représente, dans le développement du sujet, un antécédent du Trouble des conduites. Bien que le Trouble des conduites à début dans l'enfance soit souvent précédé d'un Trouble oppositionnel avec provocation, beaucoup d'enfants ayant un Trouble oppositionnel avec provocation ne présentent pas secondairement de Trouble des conduites.

Aspects familiaux

Le Trouble oppositionnel avec provocation semble plus fréquent dans les familles où au moins l'un des parents a des antécédents de Trouble de l'humeur, de Trouble oppositionnel avec provocation, de Trouble des conduites, de Déficit de l'attention/hyperactivité, de Personnalité antisociale ou de Trouble lié à une substance. De plus, certaines études suggèrent que les mères ayant un Trouble dépressif ont plus de risques que les autres d'avoir un enfant présentant un comportement oppositionnel, mais on ne sait pas dans quelle mesure la dépression maternelle est la conséquence ou la cause du comportement de l'enfant. Le Trouble oppositionnel avec provocation est plus fréquent dans les familles où existe un conflit conjugal grave.

Diagnostic différentiel

Les comportements perturbateurs des sujets présentant un Trouble oppositionnel avec provocation sont moins sévères 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. Du fait que toutes les caractéristiques du Trouble oppositionnel avec provocation sont habituellement présentes clans le **Trouble des conduites,** on ne fait pas le diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation si les critères du Trouble des conduites sont tous présents. Des comportements oppositionnels avec provocation sont fréquemment associés aux **Troubles de l'humeur** ou aux **Troubles psychotiques** observés chez les enfants et les adolescents et, s'ils surviennent exclusivement au cours de l'évolution de ces troubles, on ne doit pas faire un diagnostic additionnel de Trouble oppositionnel avec provocation. Les comportements d'opposition doivent aussi être distingués des comportements perturbateurs liés à l'inattention et à l'impulsivité présents clans le **Déficit de l'attention/hyperactivité** mais si les deux troubles coexistent, on portera les deux diagnostics.

Chez les sujets ayant un **Retard mental,** on ne fait le diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation que si les comportements d'opposition sont nettement plus fréquents qu'on ne les observe habituellement chez des sujets de même âge, de même sexe et d'un degré de Retard mental similaire. 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, Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif). Les comportements d'opposition sont une

caractéristique de certains stades du développement (p. ex., la petite enfance et l'adolescence). Là encore, on ne fera le diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation que si ces comportements surviennent plus fréquemment ou ont des conséquences plus graves que cela n'est habituellement le cas au cours de ces périodes, et s'ils donnent lieu à une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. La survenue pour la première fois de comportements d'opposition à la période de l'adolescence peut être liée au processus normal d'individuation.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Le DSM-IV et la CIM-10 ont des critères identiques mais diffèrent par leurs algorithmes diagnostiques. Le Trouble oppositionnel avec provocation peut atteindre un niveau de gravité beaucoup plus sévère dans la CIM-10, car il peut inclure jusqu'à deux des critères du Trouble des conduites. Dans la CIM-10, le Trouble oppositionnel avec provocation est considéré comme un sous-type du Trouble des conduites.

Critères diagnostiques du F91.3 [313.81] Trouble oppositionnel avec provocation

A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :

(1) se met souvent en colère
(2) conteste souvent ce que disent les adultes
(3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
(4) embête souvent les autres délibérément
(5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
(6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
(7) est souvent fâché et plein de ressentiment
(8) se montre souvent méchant ou vindicatif

N.-B. **:** On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

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

C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble de l'humeur.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F'91.3 [313.811 Trouble oppositionnel avec provocation** *(suite)*

D. Le trouble ne répond pas aux critères du Trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la Personnalité antisociale.

F91.9 (312.91 Trouble : Comportement perturbateur non spécifié

Cette catégorie s'applique aux troubles caractérisés par des conduites ou ries comportement oppositionnels et provocateurs qui ne remplissent pas tous les critères du Trouble des conduites ou du Trouble oppositionnel avec provocation. On peut par exemple y inclure des tableaux cliniques qui ne remplissent pas l'ensemble des critères de l'un ou l'autre de ces troubles, mais dans lesquels existe une perturbation significative sur le plan clinique.

Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance

Les Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance sont des affections persistantes incluant le Pica, le Mérycisme et le Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance. Noter que l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) et la Boulimie (Bulimia nervosa) sont incluses dans la section « Troubles des conduites alimentaires » (voir p. 675).

F98.3 [307.521 Pica

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Pica est l'ingestion répétée d'une ou de plusieurs substances non nutritives de façon continue pendant une période d'au moins 1 mois (Critère A). Le type de substances ingérées tend à varier avec l'âge. Ainsi, les nourrissons et les jeunes enfants mangent de la peinture, du plâtre, de la ficelle, des cheveux ou du tissu. Les enfants plus âgés peuvent manger des excréments d'animaux, du sable, des insectes, des feuilles ou des cailloux. Les adolescents et les adultes pourront consommer de la terre ou de la glaise. Il n'existe pas d'aversion envers la nourriture. Pour porter le diagnostic (le Pica, il faut que la conduite soit clairement inadaptée au stade de développement du sujet (Critère B) et ne représente pas une pratique cultu-

rellement admise (Critère C). L'ingestion de substances non nutritives peut être une caractéristique associée à d'autres troubles mentaux (p. ex., Trouble envahissant du développement, Retard mental). Si le comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental, on ne fera un diagnostic additionnel de Pica que si ce comportement est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique (Critère D).

Caractéristiques et troubles associés

Le Pica est fréquemment associé à un Retard mental ou à un Trouble envahissant du développement. Bien que des déficits en vitamines ou en sels minéraux (p. ex., zinc) aient été occasionnellement rapportés, en général on ne retrouve pas d'anomalies biologiques particulières. Dans certains cas, le Pica n'est diagnostiqué qu'après la survenue de complications médicales générales (p. ex., intoxication au plomb à la suite de l'ingestion de peinture ou de plâtre imprégné de peinture, problèmes intestinaux mécaniques, cheveux agglomérés en tumeur intestinale, perforation intestinale, ou maladies infectieuses comme la toxoplasmose ou la toxocarose après ingestion d'excréments ou de poussière). La pauvreté, la carence de soins, le manque de surveillance, un retard du développement sont des facteurs de risque pour l'affection.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Dans certaines cultures, manger de la terre ou d'autres substances sans valeur nutritive apparente peut avoir une certaine signification. Le Pica s'observe le plus souvent chez les jeunes enfants et, occasionnellement, chez les femmes enceintes.

Prévalence

Les données épidémiologiques sur le Pica sont limitées. L'affection n'est pas souvent diagnostiquée mais n'est peut-être pas rare chez les enfants d'âge préscolaire. Chez les sujets atteints de Retard mental, la prévalence du trouble semble augmenter avec la sévérité du déficit intellectuel (p. ex., elle peut aller jusqu'à 15 % chez des adultes ayant un Retard mental sévère).

Évolution

Le Pica peut débuter pendant la première enfance. Dans la plupart des cas, il semble que le trouble dure plusieurs mois puis disparaisse. Occasionnellement, il peut persister pendant l'adolescence ou, plus rarement, à l'âge adulte. Chez les sujets atteints de Retard mental, le comportement peut s'améliorer à l'âge adulte.

Diagnostic différentiel

Avant l'âge de 18-24 mois, le fait de mettre à la bouche et parfois d'ingérer des substances non nutritives est relativement banal, et on ne peut pas parler de Pica. Le diagnostic n'est porté que si le comportement est considéré comme persistant (c.-à-d. présent pendant au moins 1 mois) et clairement inadapté au niveau de développement du sujet. L'ingestion de substances non nutritives peut s'observer au cours d'autres troubles mentaux (p. ex., au cours d'un Trouble envahissant du développement,

ou en relation avec des croyances délirantes dans la **Schizophrénie,** ou dans le **syndrome de Kleine-Levin).** Dans de tels cas, on ne porte un diagnostic additionnel de Pica que si la conduite est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique. C'est l'ingestion de substances non nutritives qui différencie le Pica des **autres Troubles des conduites alimentaires** (p. ex., Mérycisme, Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance, Anorexie mentale et Boulimie).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Contrairement au DSM-IV, qui autorise à faire le diagnostic de Pica en présence d'un autre trouble mental si le comportement est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 excluent ce diagnostic en présence de tout autre trouble mental (excepté le Retard mental).

Critères diagnostiques du F98.3 [307.52] Pica

A. Ingestion répétée de substances non nutritives pendant une période d'au moins 1 mois.

B. L'ingestion (le substances non nutritives ne correspond pas au niveau du développement.

C. Le comportement ne représente pas une pratique culturellement admise.

D. Si le comportement survient exclusivement au cours d'un autre trouble mental (p. ex., Retard mental, Trouble envahissant du développement, Schizophrénie), il est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique.

F98.2 [307.53] Trouble : mérycisme

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Mérycisme est une régurgitation répétée de la nourriture qui survient après un repas et apparaît pendant la première ou la deuxième enfance après une période de fonctionnement normal et qui dure pendant au moins 1 mois (Critère A). Les aliments partiellement digérés sont régurgités dans la bouche, en l'absence apparente de nausées, de haut-le-cœur ou (le dégoût, et en l'absence de maladie gastro-intestinale associée. Ensuite, les aliments sont soit recrachés, soit, plus souvent, remastiqués et ré-avalés. Les symptômes ne sont pas dus à une affection gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (p. ex., syndrome de Sandifer, reflux oesophagien) (Critère B) et ils ne surviennent pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa).

Si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un Retard mental ou d'un Trouble envahissant du développement, ils doivent être suffisamment sévères pour justifier un examen clinique (Critère C). Le trouble est le plus souvent observé chez les nourrissons, mais on peut aussi le voir chez les sujets plus âgés, en particulier ceux présentant un Retard mental. Les nourrissons atteints de Mérycisme présentent une posture caractéristique avec tension et cambrure du dos et de la tête en arrière, ils ont des mouvements de succion de la langue, et donnent l'impression de prendre plaisir à leur activité.

Caractéristiques et troubles associés

Généralement, les nourrissons atteints de Mérycisme sont irritables et affamés entre les épisodes de régurgitation. Bien qu'ils aient apparemment faim et mangent de grandes quantités de nourriture, une malnutrition peut apparaître à cause des régurgitations qui font immédiatement suite aux repas. Une perte de poids ou l'absence de la prise de poids normalement attendue, et même la mort, peuvent en résulter (on a rapporté des taux de mortalité allant jusqu'à 25 %). Il semble y avoir moins de risques de malnutrition chez les enfants plus âgés ou les adultes, chez qui le trouble peut être soit continu, soit épisodique. Des problèmes psychosociaux tels que défaut de stimulation, carence de soins, conditions de vie difficiles, problèmes relationnels entre parents et enfant, peuvent être des facteurs prédisposants. Le manque de stimulation peut aussi provenir du fait que la personne chargée des soins se décourage ou se désintéresse de l'enfant à cause des tentatives d'alimentation infructueuses ou de l'odeur pénible des aliments régurgités. Dans certains cas, un Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance peut également se développer. Chez les enfants plus âgés et les adultes, le Retard mental est un facteur prédisposant.

Prévalence

Le Mérycisme semble peu fréquent. Il toucherait plus souvent les garçons que les filles.

Évolution

Le Mérycisme peut survenir dans le contexte d'un retard du développement. L'âge de début se situe entre 3 et 12 mois, sauf chez les sujets atteints de Retard mental chez qui le trouble peut débuter à un stade de développement plus tardif. Chez les nourrissons, le trouble disparaît souvent spontanément. Dans certains cas sévères, néanmoins, le trouble persiste.

Diagnostic différentiel

Chez les nourrissons, des **anomalies congénitales** (p. ex., sténose du pylore ou reflux gastro-œsophagien) ou **d'autres affections médicales générales** (p. ex., maladies infectieuses du système gastro-intestinal) peuvent provoquer une régurgitation de nourriture, et leur présence doit être écartée grâce à un examen clinique et à des examens complémentaires appropriés. Le Mérycisme se distingue des **vomissements normaux du nourrisson** par son caractère apparemment délibéré (p. ex., mouvements préparatoires caractéristiques puis régurgitation et mouvements de succion ou de mastication, qui semblent être agréables). On ne fait pas le diagnostic de Mérycisme

si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulima nervosa).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 inclut cette catégorie du DSM-IV dans la définition du Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance.

Critères diagnostiques du F98.2 1307.531 Trouble : mérycisme

A. Régurgitation répétée et remastication de la nourriture, pendant une période d'au moins 1 mois faisant suite à une période de fonctionnement normal.

B. Le comportement n'est pas dû à une maladie gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (p. ex., reflux oesophagien).

C. Le comportement ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa). Si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un Retard mental ou d'un Trouble envahissant du développement, ils sont suffisamment sévères pour justifier un examen clinique.

F98.2 [307.591 Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance est une incapacité persistante du nourrisson ou de l'enfant à manger de façon appropriée, avec absence de prise de poids ou perte de poids significative pendant au moins 1 mois (Critère A). Il n'existe pas de maladie gastro-intestinale ni d'autre affection médicale générale (p. ex., reflux oesophagien) suffisamment sévère pour expliquer le trouble alimentaire (Critère B). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Mérycisme) ni par l'absence de nourriture disponible (Critère C). Le début du trouble doit survenir avant l'âge de 6 ans (Critère D).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les nourrissons ayant des troubles de l'alimentation semblent être plus irritables et difficiles à apaiser pendant les repas que les nourrissons qui ne présentent pas de trouble de l'alimentation. Ils peuvent sembler apathiques ou repliés sur eux-mêmes et présenter un retard de développement. Dans certains cas, des difficultés dans la relation parent-enfant contribuent aux problèmes alimentaires de l'enfant ou les exacerbent (p. ex., les parents proposent des aliments qui ne sont pas appropriés à l'âge de l'enfant, ou ils réagissent au refus alimentaire comme s'il s'agissait d'un acte agressif ou d'une marque de rejet qui leur sont destinés). Un apport calorique insuffisant peut aggraver les troubles associés (p. ex., irritabilité, retard du développement), qui eux-mêmes contribuent aux difficultés alimentaires. Des facteurs propres au nourrisson peuvent être associés à cette maladie et comprennent des caractéristiques de tempérament ou un retard de croissance *in utero,* ainsi que des déficits préexistants du développement, qui rendent l'enfant moins adaptable. Les autres facteurs associés possibles sont la psychopathologie parentale, la carence de soins ou les mauvais traitements.

Examens complémentaires. Certains résultats anormaux non spécifiques peuvent être liés à la malnutrition qui peut accompagner le Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance (p. ex., anémie, faible concentration sérique d'albumine et de protéines totales).

Examen physique et affections médicales générales associées. On peut observer une malnutrition qui, dans les cas sévères, menace le pronostic vital.

Caractéristiques liées à l'âge et au sexe

Lorsque le début est tardif (p. ex., à l'âge de 2 ou 3 ans plutôt que dans la première *année),* le retard *de* développement et la malnutrition sont moins graves, mais il peut exister un retard statural. Le Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance est aussi fréquent chez les garçons que chez les filles.

Prévalence

De toutes les admissions pédiatriques hospitalières, 1 % à 5 % sont dues à des des défauts de développement, et la moitié de celles-ci semblent liées à des difficultés d'alimentation sans affection médicale générale prédisposante. Les données tirées d'échantillons de la population suggèrent un pic de prévalence des défauts de développement d'environ 3 %

Évolution

Le Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance débute habituellement pendant la première année de la vie, mais il peut également survenir chez des enfants de 2-3 ans. Après une évolution plus ou moins longue, la plupart des enfants reprennent leur croissance, bien qu'ils gardent une taille plus petite et un poids plus bas au cours de l'adolescence, par rapport à des enfants n'ayant pas eu de défaut de croissance.

Diagnostic différentiel

Des problèmes d'alimentation mineurs sont fréquents chez le nourrisson. Le diagnostic de Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance ne doit être fait que si le problème alimentaire est responsable d'une absence de prise de poids ou d'une perte de poids significative.

On ne fait pas ce diagnostic si les difficultés d'alimentation peuvent être entièrement expliquées par une **affection gastro-intestinale, endocrinienne ou neurologique.** En effet, les enfants présentant de telles affections peuvent être plus difficiles à alimenter que les autres, mais le diagnostic de Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance ne doit pas être porté, sauf si le degré de sévérité des problèmes dépasse celui que l'on est en droit d'attendre sur la base de l'affection médicale elle- même. Le diagnostic peut être suggéré si un changement parmi les personnes qui s'occupent de l'enfant est suivi d'une amélioration de l'alimentation et d'une reprise de poids.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La définition du Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance de la CIM-10 inclut le mérycisme et l'incapacité persistante à manger de façon appropriée.

Critères diagnostiques du F98.2 1307.59] Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance

A. Difficultés d'alimentation qui se manifestent par une incapacité persistante du nourrisson ou de l'enfant à manger de façon appropriée, avec absence de prise de poids ou perte de poids significative pendant au moins 1 mois.

B. La perturbation n'est pas due à une maladie gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (p. ex., reflux oesophagien).

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Mérycisme) ni par l'absence (le nourriture disponible.

D. Début avant l'âge de 6 ans.

Troubles : tics

Quatre troubles sont inclus dans ce chapitre : le Syndrome de Gilles de la Tourette, le Trouble tic moteur ou vocal chronique, le Trouble tic transitoire et le Trouble tic non spécifié. Un *tic* est un mouvement, ou une vocalisation, soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé. Les tics moteurs et vocaux peuvent être simples (impliquant seulement quelques muscles ou des sons simples) ou complexes (impliquant plusieurs groupes de muscles mis en jeu par accès organisés, ou des mots et des phrases). Par exemple, des *tics moteurs simples* peuvent se manifester par clignements d'yeux, plissements du nez, secousses du cou, haussements d'épaule, grimaces de la face, ou contractures des abdominaux, Ces tics durent habituellement moins de quelques centaines de millisecondes. Les *tics moteurs complexes* comprennent des mouvements des mains, des comportements tels que sauter, toucher, serrer, piétiner, faire des contorsions du visage, flairer un objet de façon répétée, s'accroupir, plier les genoux à fond, revenir sur ses pas, faire des pirouettes en marchant, prendre et conserver des postures inhabituelles (comprenant des « tics dystoniques » comme le fait de maintenir le cou dans une posture particulière en tension). Ces tics ont une durée plus longue, de l'ordre *de* quelques secondes ou plus. La copropraxie (geste brutal, ressemblant à un tic, de connotation vulgaire, sexuelle ou obscène) et les phénomènes en miroir comme l'échopraxie (imitation involontaire et spontanée des mouvements de quelqu'un d'autre) sont des tics moteurs complexes.

Les *tics vocaux simples* sont des sons sans signification tels que raclements de gorge, grognements, reniflements, ébrouements et gazouillis. Les *tics vocaux complexes* impliquent plus clairement le discours et le langage ; ils se traduisent par l'expression spontanée et soudaine de simples mots ou de phrases, par des blocages du discours, des changements soudains et dépourvus de sens portant sur la hauteur, l'accent tonique ou le volume de la parole, une palilalie (fait de répéter ses propres sons ou mots), ou une écholalie (fait de répéter les derniers sons, mots ou phrases entendus). La coprolalie est l'expression soudaine et inadéquate d'un mot ou d'une phrase socialement inacceptable, qui peut se traduire par des obscénités aussi bien que par des insultes à caractère spécifique ethnique, racial ou religieux. Un peu moins *de* 10 % des sujets ayant un Tic présentent une coprolalie.

En général, les tics sont perçus comme incontrôlables, mais ils peuvent être réprimés pendant des durées variables. Certains enfants (et occasionnellement des adultes) n'ont pas conscience de leurs tics. Cependant, en grandissant, beaucoup de sujets (mais pas tous) ayant des tics ressentent une impulsion annonciatrice — une tension croissante ou une sensation physique dans une partie du corps précédant le tic moteur ou vocal, ainsi qu'une sensation de soulagement ou de baisse de la tension après avoir exprimé le tic. Les sujets ayant des tics peuvent ressentir ceux-ci comme à mi-chemin entre un phénomène volontaire et un phénomène involontaire, du fait que le tic est souvent ressenti comme le fait de s'abandonner à une tension qui monte ou à un besoin physique, similaires à la tension qui précède un éternuement ou au besoin quasi irrésistible de se gratter provoqué par une démangeaison. Certains sujets peuvent ressentir le besoin d'exécuter un tic complexe de manière particulière ou de façon répétée jusqu'à ce qu'ils ou elles aient l'impression que le tic a été fait « comme il faut ». Ce n'est qu'alors que le sujet ressent une diminution de l'anxiété ou de la tension.
Les tics sont souvent produits pas accès d'un ou de plusieurs tics ; les accès sont séparés par des périodes de comportement sans tics qui durent de quelques secondes à quel-

ques heures. En général, les tics se modifient en sévérité (fréquence des tics, force, degré de perturbation du comportement en cours) au fil des heures et dans une journée au fil du temps. La fréquence et la gêne occasionnées par les tics peuvent varier dans des contextes différents. Par exemple, enfants et adultes peuvent être capables de mieux réprimer les tics lorsqu'ils sont à l'école, au travail, ou clans le cabinet du médecin que lorsqu'ils sont à la maison. En général, les tics diminuent ou s'arrêtent pendant le sommeil, bien que certains sujets aient des tics de temps en temps lorsqu'ils sont endormis, ou se réveillent brutalement à cause d'un tic. Les tics sont souvent plus fréquents lorsque la personne se détend en privé (p. ex., en regardant la télévision) et diminuent lorsque le sujet s'engage dans des activités orientées vers un but et demandant un effort (p. ex., lire ou coudre). Les tics peuvent s'aggraver pendant des périodes de stress, comme pendant un examen ou lorsqu'il y a une pression accrue au travail.

Diagnostic différentiel

Les Troubles tics doivent être distingués d'autres types de **mouvements anormaux qui peuvent accompagner des affections médicales générales** (p. ex., maladie de Huntington, accident vasculaire cérébral, syndrome de Lesch-Nyhan, maladie de Wilson, chorée de Sydenham, sclérose en plaques, encéphalite virale, traumatisme crânien) et des mouvements anormaux dus aux **effets directs d'une substance** (p. ex., un médicament neuroleptique). La prise en compte des antécédents médicaux et familiaux, de la morphologie du mouvement, de son rythme, des influences capables de le modifier peuvent aider à établir un diagnostic correct. La **chorée** constitue typiquement un mouvement simple, aléatoire, irrégulier et non répétitif, sans composante annonciatrice, qui augmente lorsque la personne est distraite. Les **mouvements dystoniques** sont des mouvements lents de protraction et de torsion alternant avec des états prolongés de tension musculaire. Les **mouvements athétosiques** sont des mouvements de contorsion, lents, irréguliers, touchant le plus souvent les doigts et les orteils, mais impliquant fréquemment le cou. Les **mouvements myocloniques** sont des contractions musculaires brèves, simples, comme des secousses, qui peuvent affecter des portions de muscles ou des groupes musculaires. A la différence des tics, les mouvements myocloniques peuvent se poursuivre pendant le sommeil. Les **mouvements hémiballiques** sont des mouvements des membres, intermittents, unilatéraux, rudimentaires, de grande amplitude. Les **spasmes** sont des mouvements stéréotypés, prolongés qui mettent en jeu les mêmes groupes musculaires et sont en général plus lents mais parfois plus rapides que les tics. L'hémi-spasme facial consiste en secousses irrégulières, répétées, unilatérales, des muscles faciaux. Les **syncinésies** sont ries mouvements involontaires qui ne sont concomitants que de mouvements volontaires spécifiques (p. ex., mouvement du coin de la bouche quand le sujet veut fermer l'oeil).

Quand les tics sont la conséquence physiologique directe d'une prise de médicament, on doit faire le diagnostic de **Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié**, plutôt que celui de Tic (p. ex., le cas le plus évident est celui où le tic survient pendant la prise d'un médicament et disparaît quand le médicament est arrêté). Dans quelques cas, certains médicaments (p. ex., stimulants) peuvent exacerber un Trouble tic préexistant, auquel cas aucun diagnostic additionnel de trouble induit par un médicament n'est nécessaire.

Les tics doivent aussi être distingués des mouvements stéréotypés rencontrés dans le **Trouble mouvements stéréotypés** et dans les **Troubles envahissants du développement**. Différencier des tics simples (p. ex., clignements d'yeux) des gestes

complexes caractéristiques des mouvements stéréotypés est relativement facile. La distinction entre tics moteurs complexes et mouvements stéréotypés est moins bien définie. En général, les mouvements stéréotypés apparaissent plus imposés, rythmés, auto-stimulants ou apaisants et intentionnels, tandis que les tics ont un caractère plus involontaire (bien que quelques sujets décrivent leurs tics comme ayant une composante volontaire) et surviennent dans le temps par crises ou par ensembles de crises. Il peut être difficile de différencier des tics complexes de **compulsions** (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif) ; cette distinction est des plus problématiques à faire car le Trouble obsessionnel-compulsif est fréquent chez les sujets atteints de Tics. Les compulsions sont réalisées en réponse à une obsession (p. ex., le lavage de mains pour soulager une préoccupation à propos des germes) ou respectent des règles qui doivent être appliquées de façon rigide (p. ex., le besoin d'aligner des choses dans un ordre spécifique). Les compulsions sont typiquement plus élaborées que les tics et plus susceptibles de ressembler à des comportements « normaux ». Alors que les compulsions sont souvent précédées, mais pas toujours, d'une préoccupation ou d'un souci persistant, les tics sont plus susceptibles d'être précédés d'une tension « physique » transitoire dans une partie du corps (p. ex., dans le nez ou les muscles des épaules, ou dans la gorge) qui cède à l'exécution du tic. Lorsque les sujets présentent à la fois les symptômes du Trouble obsessionnel-compulsif et de Tic (en particulier dans le Syndrome de Gilles de la Tourette), les deux diagnostics peuvent être justifiés. Certains tics vocaux ou moteurs (p. ex., aboiement, écholalie, palilalie) doivent être distingués des comportements désorganisés ou catatoniques observés dans la **Schizophrénie.**

Les Troubles tics peuvent être distingués les uns des autres sur la base de la durée, du type des tics et de l'âge de leur survenue. Le **Trouble tic transitoire** inclut des tics moteurs et/ou vocaux durant 4 semaines au moins mais pas plus de 12 mois consécutifs. Le **Syndrome de Gilles de la Tourette** et le **Trouble tic moteur ou vocal chronique** ont chacun une durée supérieure à 12 mois mais le diagnostic de Syndrome de Gilles de la Tourette exige des tics moteurs multiples et au moins un tic vocal au cours d'une partie de ce temps. Il arrive souvent que le diagnostic puisse changer au cours du temps dans l'évolution naturelle d'un Tic. Au-delà d'un an, avec une durée d'évolution plus longue et l'apparition d'autres tics, le diagnostic peut devenir celui de Gilles de la Tourette. Le diagnostic de **Trouble tic non spécifié** serait approprié pour des tableaux cliniquement significatifs durant moins de 4 semaines, ou dont l'âge (le survenue est supérieur à 18 ans, ou au cas inhabituel d'un individu avec un seul tic moteur et un seul tic vocal.

Correspondance avec les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour les Troubles tics sont presque les mêmes.

F95.2 1307.231 Syndrome de Gilles de la Tourette

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Syndrome de Gilles de la Tourette sont des tics moteurs multiples associés à un ou plusieurs tics vocaux (Critère A). Ils peuvent appa-

raître de façon simultanée, ou à des moments différents de l'évolution de la maladie. Les tics surviennent à de nombreuses reprises durant la journée, de façon récurrente sur une période de plus d'un an. Pendant cette période, il n'y a jamais eu d'intervalle sans tics de plus de trois mois consécutifs (Critère B). Le début de la maladie se situe avant l'âge de 18 ans (Critère C). Les tics ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., maladie de Huntington ou encéphalite virale) (Critère D).

La localisation anatomique, le nombre, la fréquence, la complexité et la sévérité des tics se modifient au cours du temps. Les tics moteurs, simples ou complexes, peuvent intéresser n'importe quelle partie du corps, y compris la face, la tête, le torse et les membres supérieurs et inférieurs. Les tics moteurs simples sont des contractions rapides, sans signification, d'un ou de quelques muscles, comme les clignements d'yeux. Des tics moteurs complexes, comprenant des comportements tels que toucher, s'accroupir, plier les genoux à fond, revenir sur ses pas ou faire des pirouettes en marchant, peuvent être présents. Les tics vocaux comprennent des mots ou des sons divers tels que claquements de langue, grognements, glapissements, aboiements, reniflements, ébrouements et toussotements. La coprolalie, tic vocal complexe consistant à prononcer des obscénités, n'est retrouvée que chez une petite minorité de sujets (moins de 10 %) et sa présence n'est pas exigée pour faire le diagnostic de Gilles de la Tourette.

Dans environ la moitié des cas, la première expression symptomatique est l'apparition d'accès d'un tic isolé, le plus souvent un clignement d'yeux. Moins souvent, les tics initiaux impliquent une autre partie de la face ou du corps, comme des grimaces du visage, des contorsions de la tête, une protrusion de la langue, des reniflements, des bonds, des sauts, des raclements de gorge, des blocages de la parole comme dans le bégaiement, ou l'émission de sons ou de mots. Parfois, ce trouble débute par des symptômes multiples simultanés.

Caractéristiques et troubles associés

Les symptômes les plus habituellement associés au Syndrome de Gilles de la Tourette sont des obsessions et des compulsions. L'hyperactivité, la distractibilité et l'impulsivité sont aussi relativement fréquentes. Des sentiments de malaisé dans les situations sociales, de honte, de conscience de soi, de démoralisation et de tristesse surviennent souvent. La persistance de tics moteurs ou vocaux peut entraîner une large gamme de détresse et de gêne, allant d'un niveau nul à un niveau sévère. Les enfants plus jeunes, en particulier, peuvent ne pas avoir conscience de leurs tics, ne pas ressentir de détresse et ne montrer aucune gêne clans aucun domaine de fonctionnement. Un fort pourcentage d'enfants, d'adolescents et d'adultes ayant un Gilles de la Tourette ne cherchent pas à se faire soigner de leurs tics. A l'autre bout du spectre, il existe des sujets ayant un Gilles de la Tourette qui portent le poids de tics moteurs ou vocaux intrusifs, récurrents, énergiques et stigmatisants sur le plan social.

Le fonctionnement social, scolaire ou professionnel peut être perturbé du fait de réactions de rejet de la part des autres, ou de l'anxiété d'avoir des tics en situation sociale. Les tics chroniques peuvent causer une détresse considérable et entraîner un isolement social et des modifications de la personnalité. Dans les formes sévères de Syndrome de Gilles de la Tourette, les tics peuvent interférer directement avec les activités quotidiennes (p. ex., converser, lire ou écrire). Les rares complications du Syndrome de Gilles de la Tourette comprennent des blessures physiques, telles que se

provoquer une cécité en se blessant l'œil (à force de se cogner la tête ou en s'énucléant un œil), des problèmes orthopédiques (liés aux génuflexions, mouvements saccadés du cou ou rotations de la tête), des problèmes dermatologiques (dus à des pincements ou au léchage des lèvres), et des séquelles neurologiques (p. ex., par maladie discale liée aux mouvements forcés du cou pendant des années). L'intensité des tics peut être aggravée par l'administration de stimulants du système nerveux central, comme ceux utilisés dans le traitement du Déficit de l'attention/hyperactivité, bien que certains sujets puissent tolérer ces médicaments sans aggravation de leurs tics ou même puissent les voir régresser. Le Trouble obsessionnel-compulsif et le Déficit de l'attention/hyperactivité surviennent souvent chez les sujets atteints de Gilles de la Tourette. Les troubles de l'attention ou les symptômes obsessionnels peuvent précéder ou suivre le début des tics. Les symptômes obsessionnels-compulsifs rencontrés chez les sujets atteints de Syndrome de Gilles de la Tourette peuvent constituer un sous-type spécifique de Trouble obsessionnel-compulsif. Ce sous-type semble se caractériser par un âge de début plus précoce, une prédominance masculine, une plus grande fréquence rie certains symptômes obsessionnels-compulsifs (symptômes plus agressifs, préoccupations moindres par la crainte d'une contamination, ou par l'activité d'accumulation), et une moins bonne réponse au traitement pharmacologique par inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. Chez les enfants et adolescents avant aussi un déficit de l'attention/hyperactivité, les caractéristiques les plus marquantes sont la présence rie comportements perturbateurs, d'impulsivité et d'immaturité sociale. Ces caractéristiques cliniques peuvent interférer avec la progression scolaire et les relations interpersonnelles, et entraîner une gêne plus importante que celle liée au Syndrome de Gilles de la Tourette.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Le Syndrome de Gilles de la Tourette a été largement décrit dans divers groupes raciaux et ethniques. Bien qu'en pratique clinique le diagnostic de ce trouble soit porté environ trois à cinq fois plus souvent *chez* les garçons que chez les filles, le sex-ratio n'est peut-être pas plus élevé que 2 :1 dans la population générale.

Prévalence

La prévalence du Syndrome de Gilles de la Tourette est liée à l'âge. Beaucoup plus d'enfants (5-30 pour 10 000) que d'adultes (1-2 pour 10 000) sont atteints.

Évolution

Le début du Syndrome de Gilles de la Tourette peut être aussi précoce que l'âge de 2 ans ; il se situe habituellement pendant l'enfance ou au début de l'adolescence et, par définition, avant l'âge de 18 ans. L'âge médian de survenue des tics moteurs est de 6-7 ans. Le trouble peut durer habituellement toute la vie, bien que des périodes de rémission, durant de quelques semaines à quelques années, puissent survenir. Dans la plupart des cas, la sévérité, la fréquence et la variabilité des symptômes diminuent au cours de l'adolescence et à l'âge adulte. Dans d'autres cas, les symptômes disparaissent totalement, habituellement au début de l'âge adulte. Dans quelques cas, les symptômes peuvent empirer à l'âge adulte. Les facteurs prédictifs d'une telle évolution ne sont pas connus.

Aspects familiaux

La vulnérabilité à développer un Syndrome *de* Gilles de la Tomette ou des troubles voisins est transmise au sein des familles et semble avoir une origine génétique. Cependant, le mode de transmission génétique n'est pas connu. Des études généalogiques suggèrent l'existence de gènes à effet majeur. Bien qu'il y ait eu, parmi les premières études, quelques études suggérant un mode *de* transmission évocateur d'une transmission autosomique dominante, d'autres études sont en faveur d'un mode de transmission plus complexe. La « vulnérabilité » implique que l'enfant hérite d'une prédisposition génétique ou constitutionnelle à développer un Trouble tic ; le type précis ou la sévérité du trouble peuvent être différents d'une génération à une autre, et se modifier sous l'influence de facteurs autres que génétiques. Tous ceux qui héritent de la vulnérabilité génétique ne vont pas exprimer les symptômes d'un Trouble tic. Le registre des différentes formes pour lesquelles la vulnérabilité peut s'exprimer comprend le Syndrome de Gilles de la Tourette, le Tic moteur ou vocal chronique, et certaines formes de Trouble obsessionnel-compulsif. Il semble également que les sujets atteints de Gilles de la Tourette aient un plus grand risque de présenter un Déficit de l'attention/hyperactivité. Chez certains sujets ayant un Gilles de la Tourette, on ne retrouve aucune notion de forme familiale.

Diagnostic différentiel

Se référer au paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles tics (p. 129).

Critères diagnostiques du F95.2 [307.23] Syndrome de Gilles de la Tourette

A. Présence de tics moteurs multiples et d'un ou plusieurs tics vocaux, à un moment quelconque au cours de l'évolution de la maladie mais pas nécessairement de façon simultanée. (Un *tic* est un mouvement ou une vocalisation — soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé.)

B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises au cours de la journée (généralement par accès), presque tous les jours ou de façon intermittente pendant plus d'une année durant laquelle il n'y a jamais eu d'intervalle sans tics de plus de 3 mois consécutifs.

C. La perturbation entraîne une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Début avant l'âge de 18 ans.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., chorée de Huntington ou encéphalite virale).

F95.1 [307.22] Trouble : tic moteur ou vocal chronique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble tic moteur ou vocal chronique est la présence *soit* de tics moteurs, *soit* de tics vocaux mais pas des deux à la fois (Critère A), à la différence du Syndrome de Gilles de la Tourette dans lequel il doit y avoir à la fois des tics moteurs multiples et un ou plusieurs tics vocaux. Les autres caractéristiques essentielles (Critères B, C et D) sont les mêmes que pour le Syndrome de Gilles de la Tourette. Le diagnostic de Trouble tic moteur ou vocal chronique ne peut être fait que si les critères du Syndrome de Gilles de la Tourette n'ont jamais été réunis (Critère E). Les autres manifestations du Trouble tic moteur ou vocal chronique sont généralement les mêmes que pour le Syndrome de Gilles de la Tourette, en dehors du fait que la sévérité des symptômes et la gêne fonctionnelle sont habituellement bien moindres. Il semble que le Trouble tic moteur ou vocal chronique et le Syndrome de Gilles de la Tourette (voir p. 130) puissent être liés génétiquement, dans la mesure où il surviennent souvent dans les mêmes familles.

Diagnostic différentiel

Se référer au paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles tics (p. 129).

Critères diagnostiques du F95.1 [307.22] Trouble : tic moteur ou vocal chronique

A. Présence, à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, soit de tics moteurs soit de tics vocaux, uniques ou multiples, mais pas des deux à la fois. (Un *tic* est un mouvement — ou une vocalisation — soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé.)

B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises au cours de la journée, presque tous les jours ou de façon intermittente pendant plus d'une année durant laquelle il n'y a jamais eu d'intervalle sans tics de plus de 3 mois consécutifs.

C. La perturbation entraîne une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Début avant l'âge de 18 ans.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., chorée de Huntington ou encéphalite virale).

F. Le trouble n'a jamais répondu aux critères du Syndrome de Gilles de la Tourette.

F95.0 [307.211 Trouble : tic transitoire

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble tic transitoire est la présence de tics moteurs et/ou de tics vocaux isolés ou multiples (critère A). Les tics surviennent à de nombreuses reprises durant la journée, presque tous les jours, pendant au moins 4 semaines mais pas pendant plus de 12 mois consécutifs (critère B). Les autres caractéristiques essentielles (critères C et D) sont les mêmes que pour le Syndrome de Gilles de la Tourette. Le diagnostic de Trouble tic transitoire ne peut être porté que si les critères du Syndrome de Gilles de la Tourette ou du Trouble tic moteur ou vocal chronique (qui tous les deux nécessitent une durée d'au moins un an) n'ont jamais été réunis (critère E). Les autres manifestations du trouble sont généralement les mêmes que pour le Syndrome de Gilles de la Tourette (voir p. 130), en dehors du fait que la sévérité des symptômes et la gêne fonctionnelle sont habituellement bien moindres.

Spécification

L'évolution du Trouble tic transitoire peut être indiquée en précisant **épisode unique** ou **récurrent.**

Diagnostic différentiel

Se référer au paragraphe « Diagnostic différentiel » des Troubles tics (p. 129).

Critères diagnostiques du F95.0 [307.21] Trouble : Tic transitoire

A. Tics moteurs et/ou vocaux uniques ou multiples. (lin *tic* est un mouvement — ou une vocalisation — soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé.)

B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises au cours de la journée, presque tous les jours, pendant au moins 4 semaines mais pas pendant plus de 12 mois consécutifs.

C. La perturbation entraîne une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Début avant l'âge de 18 ans.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., chorée de Huntington ou encéphalite virale).

F. Le trouble n'a jamais répondu aux critères du Syndrome de Gilles (le la Tourette ni à ceux du Trouble tic moteur ou vocal chronique.

Spécifier si :

Épisode unique ou récurrent

F95.9 1307.201 Trouble : tic non spécifié

Cette catégorie est destinée aux troubles caractérisés par des tics qui ne remplissent pas les critères pour un Trouble tic spécifique, par exemple des tics durant moins de 4 semaines ou ayant débuté après l'âge de 18 ans.

Troubles du contrôle sphinctérien

Encoprésie

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Encoprésie consiste en des émissions fécales répétées clans des endroits inappropriés (p. ex., dans les vêtements ou sur le sol) (Critère A). Le plus souvent, celles-ci sont involontaires, mais elles peuvent parfois être délibérées. Le comportement doit survenir au moins une fois par mois, pendant au moins 3 mois (Critère B), et l'âge chronologique de l'enfant doit être d'au moins 4 ans (pour les enfants ayant un retard du développement, c'est l'âge mental qui doit être d'au moins 4 ans) (Critère C). L'incontinence fécale ne doit pas être exclusivement liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., laxatifs) ni à une affection médicale générale, si ce n'est par un mécanisme entraînant une constipation (Critère D).

Lorsque l'émission fécale est plus involontaire que délibérée, elle est souvent en rapport avec une constipation, une occlusion, ou une rétention avec débordement secondaire. La constipation peut apparaître pour des raisons psychologiques (p. ex., anxiété d'aller à la selle clans un endroit particulier, ou ensemble plus général de conduites anxieuses ou oppositionnelles) qui entraînent un évitement de la défécation. Les conditions physiologiques prédisposant à la constipation comprennent une poussée inefficace ou une dynamique paradoxale de la défécation, le sphincter externe ou le plancher pelvien se contractant au lieu de se relâcher pendant la poussée pour déféquer. Une déshydratation liée à une maladie fébrile, une hypothyroïdie ou un effet secondaire médicamenteux peuvent également induire une constipation. Lorsque la constipation s'est constituée, elle peut se compliquer de fissure anale, de douleur à la défécation et, ultérieurement, de fécalome. La consistance des selles peut varier. Chez certains sujets, les selles peuvent avoir une consistance normale ou quasi normale. Elles peuvent être liquides chez d'autres sujets qui ont une incontinence par débordement secondaire à une rétention fécale.

Sous-types

L'Encoprésie est codée en fonction du sous-type qui caractérise le tableau clinique :

R15 [787.6] avec constipation et incontinence par débordement. La constipation est évidente à l'examen clinique (c.-à-d. présence d'une grosse masse fécale à l'examen abdominal ou au toucher rectal) ou à l'anamnèse, retrouvant une fréquence des selles inférieure à trois par semaine. Les selles liées à une incontinence par débordement ont pour caractéristique d'être (mais

pas toujours) mal moulées et les fuites peuvent être rares comme continues, survenant la plupart du temps pendant la journée et rarement au cours du sommeil. Seules de petites quantités de selles sont émises aux toilettes, et l'incontinence disparaît après traitement de la constipation.

F98.1 [307.71 **sans constipation ni incontinence par débordement.** Il n'y a pas de constipation à l'examen clinique ni à l'anamnèse. Les selles sont généralement de forme et de consistance normales, et la souillure est intermittente. Les selles peuvent être déposées clans un emplacement bien en vue. Cela est associé, en général, à l'existence d'un Trouble oppositionnel avec provocation ou d'un Trouble des conduites, ou peut résulter d'une masturbation anale. Le fait de se souiller en l'absence de constipation semble être moins fréquent qu'en présence d'une constipation.

Caractéristiques et troubles associés

L'enfant atteint d'Encoprésie se sent souvent honteux et peut vouloir éviter les situations qui pourraient être potentiellement embarrassantes (p. ex., colonie de vacances ou école). Le degré de perturbation est fonction de l'effet (lu comportement sur l'estime de soi de l'enfant, du degré d'ostracisme social manifesté par ses camarades, et des réactions de colère, des punitions et du rejet venant de ceux qui s'occupent de lui. Le barbouillage -avec les selles peut être délibéré ou accidentel, résultant d'une tentative de l'enfant pour nettoyer ou camoufler les selles émises involontairement. Lorsque l'incontinence est clairement délibérée, les caractéristiques du Trouble oppositionnel avec provocation ou celles du Trouble des conduites peuvent être présentes. Beaucoup d'enfants ayant une encoprésie et une constipation chronique sont énurétiques et peuvent présenter un reflux vésico-urétéral associé, ainsi que des infections chroniques des voies urinaires qui peuvent disparaître sous traitement.

Prévalence

On estime qu'environ 1 % des enfants de 5 ans sont atteints d'Encoprésie, et que le trouble touche davantage les sujets de sexe masculin que les sujets de sexe féminin.

Évolution

On ne fait pas le diagnostic d'Encoprésie avant l'âge de 4 ans (ou, pour les enfants ayant un retard du développement, avant un âge mental de 4 ans). Un apprentissage de la propreté insuffisant et incohérent, des stress psychosociaux (p. ex., entrée à l'école ou naissance d'un frère ou d'une sœur) peuvent être des facteurs prédisposants. Deux types évolutifs sont décrits : un type « primaire », dans lequel le sujet n'a jamais acquis la continence fécale, et un type « secondaire » dans lequel la perturbation apparaît après une période de continence fécale acquise. L'Encoprésie peut durer pendant des années, avec des exacerbations intermittentes, mais elle se chronicise rarement.

Diagnostic différentiel

En présence d'une affection médicale générale, un diagnostic d'Encoprésie n'est approprié que s'il existe une constipation fonctionnelle. L'incontinence fécale liée à d'autres

affections médicales générales (p. ex., diarrhée chronique, spina bifida, sténose anale) ne justifie pas un diagnostic DSM-IV d'Encoprésie.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Encoprésie non organique. A la différence du DSM-IV, qui exige une durée minimale de 3 mois de présence du trouble, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 demandent une durée minimale de 6 mois.

• Critères diagnostiques de l'Encoprésie

A. Émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés (p. ex., dans les vêtements ou sur le sol), qu'elles soient involontaires ou délibérées.

B. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins 3 mois.

C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 4 ans (ou un niveau de développement équivalent)

D. Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., laxatifs) ni à une affection médicale générale, si ce n'est par un mécanisme entraînant une constipation.

Coder comme suit :

R.15 [787.6] Avec constipation et incontinence par débordement
F98.1 [307.7] Sans constipation ni incontinence par débordement

F98.0 [307.6] Énurésie (non due à une affection médicale générale)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle *de* l'énurésie consiste en des mictions répétées, de jour comme de nuit, au lit ou dans les vêtements (Critère A). Le plus souvent, celles-ci sont involontaires, mais elles peuvent parfois être délibérées. Pour justifier un diagnostic d'Énurésie, les mictions doivent survenir au moins cieux fois par semaine pendant au moins 3 mois, ou bien causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants (Critère B). Le sujet doit avoir atteint un âge auquel la continence est sup-

posée acquise (c.-à-d. un âge chronologique d'au moins 5 ans, ou, pour les enfants ayant un retard du développement, un âge mental d'au moins 5 ans) (Critère C). L'incontinence urinaire n'est pas exclusivement liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., diurétiques) ni à une affection médicale générale (p. ex., diabète, spina bifida, épilepsie) (Critère D).

Sous-types

Les conditions de survenue de l'Énurésie permettent de distinguer les sous-types suivants :

Exclusivement nocturne. C'est le sous-type le plus fréquent, défini par des mictions survenant uniquement pendant le sommeil nocturne. Typiquement, l'Énurésie survient pendant le premier tiers de la nuit. Parfois, la miction survient pendant une phase rie mouvements oculaires rapides (REM) et l'enfant peut se rappeler un rêve qui impliquait l'acte d'uriner.

Exclusivement diurne. Ce sous-type est défini par des mictions survenant pendant les heures de veille. L'Énurésie diurne est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et rare après l'âge de 9 ans. Les sujets atteints d'Énurésie diurne peuvent être répartis en deux groupes. Un groupe d'« incontinence impérieuse », dont l'Énurésie est caractérisée par des crises impérieuses soudaines et une instabilité du détrusor à la cystométrie. L'autre groupe, caractérisé par une « vidange différée », reporte consciemment l'envie d'uriner jusqu'à ce qu'il en résulte une incontinence, la rétention étant parfois liée à une réticence à aller aux toilettes du fait d'une anxiété sociale ou de l'absorption clans les activités scolaires ou ludiques. Ce dernier groupe présente une fréquence élevée de symptômes de comportement perturbateur. L'Énurésie survient le plus souvent en début d'après-midi, les jours d'école.

Nocturne et diurne. Ce sous-type est défini comme une combinaison des deux sous-types précédents.

Caractéristiques et troubles associés

L'importance de la perturbation liée à l'Énurésie est fonction de la limitation des activités sociales de l'enfant qu'elle entraîne (p. ex., impossibilité de participer à un séjour impliquant de dormir hors rie chez lui), ou des effets du comportement sur l'estime de soi de l'enfant, ou du degré d'ostracisme social manifesté par ses camarades, et des réactions de colère, des punitions et du rejet venant de ceux qui s'occupent de lui. Bien que la plupart des enfants atteints d'Énurésie n'aient pas de trouble mental coexistant, la prévalence de symptômes comportementaux concomitants est plus élevée chez les enfants atteints d'Énurésie que chez les enfants sans Énurésie. Des retards de développement impliquant la parole, le langage, les apprentissages et les habiletés motrices existent aussi chez une partie des enfants atteints d'Énurésie. Une Encoprésie, un Somnambulisme, des Terreurs nocturnes peuvent survenir. Les infections des voies urinaires sont plus fréquentes chez les enfants atteints d'Énurésie, en particulier chez ceux qui ont le type diurne, que chez les enfants continents. L'Énurésie persiste souvent après traitement approprié rie l'infection associée. De nombreux facteurs prédisposants ont été avancés, comme un apprentissage de la propreté tardif ou négligé, des stress psychosociaux, des retards de développement des rythmes circadiens normaux, de production urinaire aboutissant à une polyurie nocturne ou à des anomalies de la

sensibilité des récepteurs centraux de la vasopressine et à une réduction des capacités fonctionnelles de la vessie avec une vessie hyperréactive (syndrome de la vessie instable).

Prévalence

La prévalence de l'Énurésie se situe autour de 5-10 % chez les enfants de 5 ans, 3-5 % parmi ceux de 10 ans, et autour de 1 % parmi les sujets âgés de 15 ans et plus.

Évolution

Deux types évolutifs d'Énurésie sont décrits : un type « primaire », clans lequel le sujet n'a jamais acquis la continence urinaire, et un type « secondaire », dans lequel la perturbation apparaît après une période de continence urinaire acquise. Par définition, l'Énurésie primaire commence à l'âge de 5 ans. Le plus souvent, l'Énurésie secondaire s'installe entre 5 et 8 ans, mais elle peut survenir à n'importe quel moment. Après l'âge de 5 ans, le taux de rémissions spontanées est compris entre 5 % et 10 % par an. La plupart des enfants ayant le trouble deviennent continents à l'adolescence, mais le trouble persiste à l'âge adulte clans environ 1 % des cas.

Aspects familiaux

Environ 75 % de tous les enfants atteints d'Énurésie ont un apparenté biologique de premier degré qui a eu le trouble. Le risque d'Énurésie est cinq à sept fois plus élevé chez les enfants de parents ayant des antécédents d'Énurésie. Le degré de concordance pour le trouble est plus élevé chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes. Bien que les analyses de génétique moléculaire aient détecté des liens avec plusieurs chromosomes, aucune association significative n'a été identifiée entre la liaison à un intervalle chromosomique et le type d'Énurésie.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'Énurésie n'est pas porté en présence d'une **vessie neurologique ou** d'une **affection médicale générale entraînant une polyurie ou des mictions impérieuses** (p. ex., diabète sucré non traité ou diabète insipide), ou au cours d'une **infection urinaire aiguë.** Cependant, un diagnostic d'Énurésie est compatible avec ces conditions si l'incontinence urinaire était régulièrement présente avant l'apparition de l'affection médicale générale, ou si elle persiste après la mise en place d'un traitement approprié.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Énurésie non organique. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 établissent un seuil de fréquence différent : au moins deux fois par mois chez les enfants de moins de 7 ans, et au moins une fois par mois chez les enfants de 7 ans et au-delà. De plus, la CIM-10 comprend un critère d'exclusion très strict qui élimine le diagnostic d'Énurésie si tout autre trouble mental est présent.

Critères diagnostiques de F98.0 [307.6] Énurésie

A. Mictions répétées au lit ou dans les vêtements (qu'elles soient involontaires ou délibérées).

B. Le comportement est cliniquement significatif, comme en témoignent soit une fréquence de deux fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs, soit la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.

C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans (ou un niveau de développement équivalent).

D. Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., diurétiques) ni à une affection médicale générale (p. ex., diabète, spina bifida, épilepsie).

Spécifier le type :
Exclusivement nocturne
Exclusivement diurne
Nocturne et diurne

Autres Troubles de la •première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence

F93.0 1309.211 Trouble : anxiété de séparation

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Anxiété de séparation est une anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché (Critère A). Cette anxiété dépasse en sévérité celle que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement du sujet. Il faut que le trouble persiste pendant une période d'au moins 4 semaines (Critère B), qu'il ait débuté avant l'âge de 18 ans (Critère C), et qu'il entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants (Critère D). On ne fait pas le diagnostic d'Anxiété de séparation si l'anxiété survient exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique et, chez les adolescents et les adultes, s'il peut être mieux expliqué par le diagnostic de Trouble panique avec agoraphobie (Critère E).

Les sujets ayant une Anxiété de séparation souffrent d'une angoisse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles il sont très attachés (Critère Al). Séparés des êtres chers, ils ont besoin de savoir Où ceux-ci se trouvent et de garder le contact avec eux (p. ex., par téléphone). Loin de chez eux, certains deviennent extrêmement tristes et malheureux ; cela peut même être un supplice. Ils ont la nostalgie de la maison et ne pensent qu'aux retrouvailles. Séparés de ceux qu'ils aiment, ils sont envahis de craintes d'accidents ou de maladies qui pourraient toucher eux-mêmes ou ces personnes chères (Critère A2). Les enfants ayant une Anxiété de séparation expriment souvent la peur d'être perclus et de ne jamais revoir leurs parents (Critère A3). Ils sont malheureux lorsqu'ils voyagent indépendamment par eux-mêmes, loin de la maison ou d'autres environnements familiers, et certains évitent de se déplacer tout seuls. Ils peuvent se monter réticents ou refuser d'aller à l'école ou en camp de vacances, de passer une après-midi ou de dormir chez des amis, et d'aller seuls faire des commissions (Critère A4). Ces enfants peuvent se montrer incapables de rester ou d'aller dans une pièce seuls, et avoir un comportement « collant » par le fait de rester près de l'un ou l'autre de leurs parents ou de le suivre « comme son ombre » dans toute la maison, ou par le fait d'exiger la présence de quelqu'un pour les accompagner clans une autre pièce de la maison (Critère A5).

Les enfants atteints d'Anxiété de séparation ont souvent du mal à aller se coucher, insistant pour que quelqu'un reste près d'eux jusqu'à ce qu'ils s'endorment (Critère A6). La nuit, ils vont parfois dans le lit de leurs parents (ou dans celui d'une personne proche comme un frère ou une soeur) ; si l'entrée de la chambre des parents leur est interdite, ils peuvent dormir devant la porte. Ils font des cauchemars dont le contenu exprime leurs peurs (p. ex., un incendie, un meurtre ou une autre catastrophe qui anéantirait la famille) (Critère A7). Des plaintes somatiques telles que douleurs abdominales, maux de tête, nausées, vomissements, sont fréquentes clans les situations de séparation ou en anticipation de telles situations (Critère A8). Les symptômes cardio- vasculaires, comme des palpitations, des éblouissements, des sensations d'évanouissement, sont rares chez les jeunes enfants mais peuvent se voir chez les sujets plus âgés.

Spécification

Début précoce. On peut utiliser cette spécification pour indiquer un début du trouble avant l'âge de 6 ans.

Caractéristiques et troubles mentaux associés

Les enfants ayant une Anxiété de séparation proviennent souvent de familles dans lesquelles les relations sont très proches. Loin de la maison ou de ceux qu'ils aiment, ils sont généralement timides, apathiques, tristes et ne peuvent se concentrer ni sur leur travail ni sur des jeux. En fonction de l'âge, ils ont peur des animaux, des monstres, du noir, des agresseurs, des cambrioleurs, des ravisseurs, ils redoutent les accidents de voiture, les voyages en avion ou toute situation perçue comme menaçante pour l'intégrité de la famille ou leur propre intégrité. Des préoccupations concernant la mort, la leur ou celle des autres, sont fréquentes. Le refus d'aller à l'école peut conduire à un *échec* scolaire ou à un évitement social. Les enfants ayant une Anxiété de séparation peuvent se plaindre de ce que personne ne les aime ou de ce que personne ne s'occupe d'eux et dire qu'ils préféreraient être morts. Lorsqu'ils sont bouleversés par une séparation

imminente, ils peuvent se mettre en colère et, occasionnellement, frapper la personne qui essaie de les forcer. Quand ils sont seuls, en particulier le soir, les jeunes enfants peuvent avoir des expériences perceptuelles inhabituelles (p. ex., voir quelqu'un qui regarde ce qui se passe dans leur chambre, voir des créatures effrayantes qui essayent de les attraper, sentir des yeux posés sur eux). Les enfants souffrant d'Anxiété de séparation sont souvent décrits comme exigeants, indiscrets et en quête permanente d'attention. Les demandes excessives de l'enfant deviennent souvent source de frustration pour leurs parents, ce qui amène des ressentiments et des conflits dans la famille. Parfois au contraire, ces enfants sont décrits comme excessivement consciencieux, obéissants et désireux de plaire. Ils peuvent avoir des plaintes somatiques, qui les conduisent chez le médecin et entraînent diverses procédures médicales. Une humeur dépressive est souvent associée, elle peut devenir persistante et justifier un diagnostic additionnel de Dysthymie ou de Dépression majeure. L'Anxiété de séparation peut précéder la survenue d'un Trouble panique avec agoraphobie. La comorbidité avec d'autres Troubles anxieux se rencontre souvent, en particulier dans le cadre de consultations cliniques.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il existe des variations culturelles importantes dans le degré de tolérance à la séparation qui doit être considéré comme raisonnable. Il faut faire la différence entre Anxiété de séparation et valeur élevée attribuée dans certaines cultures à de forts liens d'interdépendance entre les membres d'une même famille.

Les manifestations de l'Anxiété de séparation varient avec l'âge. Souvent, les jeunes enfants n'expriment pas de peurs spécifiques concernant des menaces pouvant peser sur leurs parents, sur leur maison ou sur eux-mêmes. C'est lorsqu'ils grandissent que les préoccupations ou les craintes se portent sur des dangers identifiés (p. ex., peur d'être enlevé ou d'être agressé). L'anxiété et l'anticipation de la séparation deviennent manifestes vers le milieu de l'enfance. Chez les adolescents, particulièrement les garçons, l'anxiété concernant la séparation peut être niée mais se traduire par un champ limité d'activités autonomes et une réticence à quitter la maison. Pour les sujets plus âgés, le trouble peut limiter la capacité à faire face à des situations nouvelles (p. ex., déménager ou se marier). Typiquement, les adultes ayant une Anxiété de séparation se font trop de souci pour leurs enfants ou pour leur conjoint, et sont malheureux lorsqu'ils en sont séparés.

Le trouble est apparemment aussi fréquent chez les garçons que chez les filles clans les échantillons cliniques. Dans les échantillons épidémiologiques, il est plus fréquent chez les filles.

Prévalence

L'Anxiété de séparation n'est pas rare ; son taux de prévalence est estimé aux alentours de 4 % chez les enfants et les jeunes adolescents. L'Anxiété de séparation décroît en prévalence de l'enfance à la fin de l'adolescence.

Évolution

L'Anxiété de séparation se développe parfois à la suite d'un événement traumatisant (p. ex., mort d'un membre de la famille ou d'un animal familier, changement d'école,

déménagement vers un nouveau quartier, immigration). Le début peut survenir avant l'âge de l'entrée à l'école, ou à n'importe quel moment avant l'âge de 18 ans, mais les débuts tardifs à l'adolescence sont rares. Typiquement, on observe des périodes d'exacerbation et de rémission. Dans certains cas, l'anxiété d'une possible séparation, de même que l'évitement de situations impliquant une séparation (p. ex., partir pour aller à l'université) peuvent persister pendant de nombreuses années. Cependant, dans les études de suivi, la majorité des enfants ayant une Anxiété de séparation ne souffre pas de Troubles anxieux invalidants sur le long terme.

Aspects familiaux

L'Anxiété de séparation est apparemment plus fréquente chez les apparentés de premier degré de sujets atteints et peut-être aussi chez les enfants de femmes ayant un Trouble panique.

Diagnostic différentiel

L'Anxiété de séparation peut être une caractéristique associée à un **Trouble envahissant du développement,** une **Schizophrénie** ou un **autre Trouble psychotique.** Si les symptômes surviennent exclusivement au cours de l'évolution de ces troubles, on ne fait pas le diagnostic additionnel d'Anxiété de séparation. L'Anxiété de séparation se distingue de l'**Anxiété généralisée** par le fait que, dans la première, l'anxiété concerne essentiellement la séparation d'avec la maison ou les personnes chères. Chez les enfants et les adolescents ayant une Anxiété de séparation, la menace d'une séparation peut entraîner une anxiété extrême et même une attaque de panique mais, à la différence du Trouble panique, l'anxiété concerne la séparation d'avec la maison ou les personnes aimées et non la peur du désarroi qu'engendrerait la survenue inopinée d'une attaque de panique. Chez les adultes, l'Anxiété de séparation est rare, et ce diagnostic ne doit pas être porté si les peurs liées à la séparation peuvent mieux s'expliquer par le diagnostic de **Trouble panique avec agoraphobie** ou celui **d'Agoraphobie sans trouble panique.** Les enfants ayant un **Trouble des conduites** font souvent l'école buissonnière, mais ce n'est pas à cause d'une crainte de la séparation et, au lieu de rentrer chez eux, ils resteront plutôt dehors. Certains cas de refus scolaire, surtout à l'adolescence, sont liés à une Phobie sociale ou à un Trouble de l'humeur plutôt qu'à une Anxiété de séparation. Les enfants ayant une Anxiété de séparation peuvent se montrer opposants lorsqu'ils sont obligés de se séparer de figures d'attachement. Le diagnostic de **Trouble oppositionnel avec provocation** ne doit être porté que si le comportement d'opposition survient à d'autres moments que ceux d'une séparation réelle ou anticipée. De même, les enfants ayant une Anxiété de séparation peuvent se déprimer lorsqu'ils sont séparés ou qu'ils anticipent une séparation. Un diagnostic de **Trouble dépressif** ne doit être porté que lorsqu'une dépression survient à un autre moment.

À la différence des hallucinations des **Troubles psychotiques,** les expériences perceptuelles inhabituelles de l'Anxiété de séparation sont plutôt fondées sur une perception erronée de stimulus réels ; elles surviennent seulement clans certaines situations particulières (p. ex., la nuit) et cessent en présence d'une figure rassurante. Enfin, c'est le jugement clinique qui permettra de distinguer divers **degrés d'anxiété de séparation appropriés au stade du développement** *des* préoccupations pathologiques observées dans l'Anxiété de séparation.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les symptômes requis clans le DSM-IV et la CIM-10 sont presque identiques. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 sont plus étroits, en ce sens que l'âge de début doit être antérieur à 6 ans et que l'on ne peut pas faire le diagnostic si le tableau clinique fait « partie d'une perturbation plus globale des émotions, des conduites ou de la personnalité Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Angoisse de séparation de l'enfance.

Critères diagnostiques du F93.0 1309.211 Trouble : anxiété de séparation

A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus)

(1) détresse excessive et récurrente clans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
(2) crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver
(3) crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p. ex., se retrouver perdu ou être kidnappé)
(4) réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation
(5) appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance
(6) réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison
(7) cauchemars répétés à thèmes de séparation
(8) plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations

B. La durée du trouble est d'au moins quatre semaines.

C. Début avant l'âge de 18 ans.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F93.0 [309.21] Trouble : anxiété de séparation** *(suite)*

D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et, chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de Trouble panique avec agoraphobie.

Spécifier si :

Début précoce : si le début survient avant l'âge de 6 ans.

F94.0 [313. 23] Mutisme sélectif *(auparavant* Mutisme électif)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Mutisme sélectif est l'incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques dans lesquelles l'enfant est supposé parler (p. ex., à l'école ou avec des camarades), alors qu'il parle dans d'autres situations (Critère A). La perturbation interfère *avec* la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B). La perturbation doit durer au moins 1 mois et ne se limite pas au premier mois (l'école (pendant lequel beaucoup d'enfants peuvent être en retrait et réticents à parler) (Critère C). On ne doit pas faire le diagnostic de Mutisme sélectif si l'incapacité du sujet à parler est seulement due à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste (Critère D). On ne porte pas non plus ce diagnostic si la perturbation est mieux expliquée par l'embarras suscité par un Trouble de la communication (p. ex., Bégaiement), ou si elle survient exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique (Critère E). Au lieu de communiquer par une verbalisation normale, les enfants atteints de Mutisme sélectif peuvent communiquer par des gestes, en faisant oui ou non de la tête, en tirant ou en poussant quelqu'un, ou, dans certains cas, en émettant des propos par monosyllabes, courts et monotones, ou avec une voix altérée.

Caractéristiques et troubles associés

Les caractéristiques associées au Mutisme sélectif peuvent comprendre une timidité excessive, la crainte d'être gêné en société, l'isolement et le retrait social, un attachement excessif, des traits compulsifs, un négativisme, des crises de colère, et des

conduites de domination ou d'opposition, surtout à la maison. Il peut exister une altération sévère du fonctionnement social et scolaire. Il est courant que le sujet soit l'objet de taquineries, ou soit le bouc émissaire de ses camarades. Bien que les enfants atteints de Mutisme sélectif aient en général des capacités de langage normales, il peut parfois exister un Trouble de la communication associé (p. ex., Trouble phonologique, Trouble du langage de type expressif ou Trouble du langage de type mixte réceptif- expressif) ou une affection médicale générale entraînant des anomalies de l'articulation. Un retard mental, une hospitalisation ou des facteurs de stress psychosociaux extrêmes peuvent être associés au trouble. De plus, les enfants vus en consultation pour un Mutisme sélectif reçoivent presque toujours un diagnostic additionnel de Trouble anxieux (en particulier de Phobie sociale).

Caractéristiques spécifiques liées à la culture et au sexe

Les enfants immigrés, qui sont peu familiarisés ou mal à l'aise avec la langue officielle de leur nouveau pays d'accueil, peuvent refuser de parler à des inconnus dans ce nouvel environnement. Ce comportement ne doit pas entraîner le diagnostic de Mutisme sélectif. Le Mutisme sélectif est légèrement plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

Prévalence

Le Mutisme sélectif semble rare et n'est retrouvé que chez moins de 1 % des sujets reçus clans les structures de santé mentale.

Évolution

Le début du Mutisme sélectif a généralement lieu avant l'âge de 5 ans, mais la perturbation peut n'attirer l'attention qu'au moment de l'entrée à l'école. Le degré de persistance du trouble est variable. Il peut se poursuivre pendant quelques mois seulement comme pendant plusieurs années. Dans certains cas, en particulier ceux qui sont associés à une Phobie sociale sévère, les symptômes anxieux peuvent se chroniciser.

Diagnostic différentiel

Le Mutisme sélectif doit être distingué des perturbations de la parole qui sont mieux expliquées par un **Trouble de la communication,** comme un **Trouble phonologique,** un **Trouble du langage de type expressif,** un **Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif,** ou un **Bégaiement.** Contrairement au Mutisme sélectif, la perturbation de la parole observée dans ces troubles n'est pas limitée à une situation sociale spécifique. Les enfants de familles immigrées clans un pays où l'on parle une langue différente de la leur, peuvent refuser de parler par **défaut de connaissance de la nouvelle langue.** Si la compréhension de cette langue est correcte, mais que le refus de parler persiste, un diagnostic de Mutisme sélectif peut se justifier. Les sujets atteints d'un **Trouble envahissant du développement,** de **Schizophrénie, d'autres Troubles psychotiques** ou de **Retard mental grave** peuvent présenter des difficultés de communication sociale et être incapables de parler correctement en situation sociale. En revanche, le Mutisme sélectif doit être diagnostiqué uniquement si l'enfant est effectivement capable de parler clans certaines situations sociales (en

général, à la maison). L'anxiété sociale et l'évitement social de la **Phobie sociale** peuvent être associés à un Mutisme sélectif. Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères du DSM-IV et les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 sont les mêmes. Dans la CIM-10, le trouble est dénommé Mutisme électif.

Critères diagnostiques du F94.0 [313. 23] Mutisme sélectif

A. Incapacité régulière à parler clans des situations sociales spécifiques (situations dans lesquelles l'enfant est supposé parler, p. ex., à l'école) alors que l'enfant parle dans d'autres situations.

B. 1,e trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. La durée du trouble est d'au moins 1 mois (pas seulement le premier mois d'école).

D. L'incapacité à parler n'est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire clans la situation sociale où le trouble se manifeste.

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de la communication (p. ex., Bégaiement) et elle ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique.

F94.x [313. 89] Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble réactionnel de l'attachement est un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins manifeste (Critère A). Il existe deux types de présentation du trouble. Dans le type inhibé, l'enfant montre une incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée à son développement. Il a un mode de réponse excessivement inhibé,

hypervigilant ou nettement ambivalent (p. ex., « vigilance glacée refus de se laisser consoler, alternance de mouvements d'approche et de réactions de fuite) (Critère A2). Dans le type désinhibé, on observe un mode d'attachement diffus. L'enfant manifeste une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement (Critère A2). La perturbation n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (p. ex., comme dans le Retard mental) et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement (Critère B). Par définition, le trouble est associé à une carence de soins manifeste, qui peut prendre la forme d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection (Critère Cl) ; d'une négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant (Critère C2) ; ou de changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p. ex., changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs). (Critère C3). On présume que la carence de soins est responsable du manque de réactivité dans le comportement social (Critère D).

Sous-types

On peut indiquer le type de trouble prédominant clans le comportement social en spécifiant l'un des sous-types suivants :

F94.1 Type inhibé Dans ce sous-type, le trouble du comportement social prédominant est l'incapacité persistante, clans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement.

F94.2 Type désinhibé. On utilise ce sous-type lorsque le principal trouble du comportement social est une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Certaines situations (p. ex., hospitalisation prolongée de l'enfant, pauvreté extrême ou inexpérience parentale) peuvent favoriser une carence de soins. Pourtant, une carence de soins sévère n'entraîne pas nécessairement un Trouble réactionnel de l'attachement ; certains enfants établissent des liens d'attachement stables et ont des comportements sociaux adaptés, même dans des situations de carence de soins ou de mauvais traitements évidents. Une situation de carence extrême — en particulier lors de prises en charge institutionnelles au cours desquelles les opportunités de développer des liens d'attachement sélectifs sont limitées — augmente le risque de survenue du trouble. Le Trouble réactionnel de l'attachement peut être associé à un retard du développement, à un Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance, à un Pica ou à un Mérycisme.

Examens complémentaires. Des résultats anormaux peuvent être le signe d'une malnutrition.

Examen physique et affections médicales générales associées. L'examen physique peut mettre en évidence des affections médicales générales associées qui accompagnent les carences extrêmes (p. ex., retard de croissance, marques de sévices, malnutrition, déficits vitaminiques ou maladies infectieuses).

Prévalence

Les données épidémiologiques sont limitées, mais le Trouble réactionnel de l'attachement semble très rare.

Évolution

Le début du trouble survient généralement pendant les premières années de la vie et, par définition, avant l'âge de 5 ans. L'évolution apparaît variable en fonction de facteurs individuels touchant aussi bien l'enfant que les personnes qui s'en occupent, la sévérité et la durée des carences psychosociales associées, et la nature des interventions mises en oeuvre. Une amélioration considérable ou une disparition des troubles peut survenir si on place l'enfant dans un environnement procurant un soutien approprié. Dans le cas inverse, le trouble aura une évolution durable. L'enfant peut continuer à présenter une sociabilité indifférenciée même après l'établissement de liens d'attachement sélectifs.

Diagnostic différentiel

Dans le **Retard mental,** des liens d'attachement stables, appropriés au niveau général du développement, se développent habituellement entre l'enfant et les personnes qui s'occupent de lui, ces liens étant présents de façon évidente lorsque l'enfant atteint un âge mental de 10 mois. Cependant, certains nourrissons et jeunes enfants ayant un Retard mental sévère peuvent poser des problèmes particuliers aux personnes qui s'occupent d'eux, et présenter des symptômes caractéristiques du Trouble réactionnel de l'attachement. Il ne faut faire le diagnostic de Trouble réactionnel de l'attachement que s'il apparaît clairement que les difficultés caractéristiques dans l'établissement de liens d'attachement sélectifs ne sont pas fonction du degré du retard de développement.

Le Trouble réactionnel de l'attachement doit être distingué du **Trouble autistique** et des autres **Troubles envahissants du développement.** Dans les Troubles envahissants du développement, les liens d'attachement sélectifs ne se développent pas ou sont nettement déviants, mais cela survient dans un environnement qui procure un soutien psychosocial suffisant. Le Trouble autistique et les autres Troubles envahissants du développement se caractérisent également par la présence d'une altération qualitative de la communication et par des modes de comportement restreints, répétitifs et stéréotypés. On ne doit pas faire le diagnostic de Trouble réactionnel de l'attachement si les critères d'un Trouble envahissant du développement sont réunis. Il faut distinguer le type désinhibé du Trouble réactionnel de l'attachement de la **Phobie sociale.** Dans la Phobie sociale, l'inhibition sociale apparaît en situation sociale ou lors de l'anticipation de rencontres sociales, mais ne survient pas en présence des personnes familières qui s'occupent de l'enfant dans des situations familières. Le comportement socialement déviant, comme l'inhibition, est manifeste, dans le Trouble réactionnel de l'attachement, quel que soit le contexte social.

Il faut distinguer le type désinhibé du Trouble réactionnel de l'attachement des comportements impulsifs ou hyperactifs du **Déficit de l'attention/hyperactivité.** A la différence du Déficit de l'attention/hyperactivité, le type désinhibé du Trouble réactionnel de l'attachement s'accompagne typiquement d'une trop grande familiarité ou d'une recherche de réconfort trop facile auprès d'un adulte non familier amené à s'occuper de l'enfant, plutôt que d'un comportement généralement impulsif.

Il faut aussi distinguer le Trouble réactionnel de l'attachement de Comportements perturbateurs comme le **Trouble des conduites** et le **Trouble oppositionnel avec provocation.** Le terme « psychopathe sans affection » a été utilisé pour décrire des enfants élevés dans des conditions où les opportunités d'établir des liens d'attachement sélectifs étaient réduites (p. ex., dans des institutions), qui présentaient un ensemble de conduites antisociales et agressives, une incapacité à établir des relations durables avec des adultes et des symptômes variés comme une énurésie et des stéréotypies. Cependant, aucun lien direct entre le Trouble réactionnel de l'attachement et la « psychopathie sans affection » n'a été établi. Les perturbations des liens d'attachement au cours des premières années peuvent augmenter le risque d'apparition de conduites antisociales à la fin de l'enfance ou à l'adolescence, mais les conduites antisociales ne sont pas forcément un signe de Trouble réactionnel de l'attachement. Une carence de soins sévère est l'une des caractéristiques qui définit le Trouble réactionnel de l'attachement. Une notation supplémentaire de Sévices à enfant, de Négligence envers un enfant ou de Problème relationnel parent-enfant peut se justifier. Lorsqu'une carence de soins sévère n'entraîne pas de perturbation marquée de la sociabilité, il faut noter Négligence envers un enfant ou Problème relationnel parent- enfant plutôt que Trouble réactionnel de l'attachement.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Le Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance du DSM-IV a deux sous-types (type inhibé et type désinhibé), qui correspondent grossièrement aux deux catégories de la CIM-10 : Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, et Trouble de l'attachement de l'enfance, avec désinhibition. Les catégories de la CIM-10 sont probablement beaucoup plus larges, parce qu'elles ne spécifient pas que la perturbation du comportement résulte de la carence de soins.

Critères diagnostiques du F94.x [313. 89] Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance

A. Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge *de* 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2) :

(1) incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex., l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approche, réactions de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une « vigilance glacée »)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F94.x [313. 891 Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance** *(suite)*

(2) liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement)

B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le Retard mental) et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection
(2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant
(3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p. ex., changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs)

D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (p. ex., la perturbation décrite en A a débuté à la suite de la carence de soins décrite en C).

Spécifier le type :

F94.1 Type inhibé si le critère Al prédomine dans le tableau clinique

F94.2 Type désinhibé : si le critère A2 prédomine clans le tableau clinique

F98.4 [307.31 Trouble : mouvements stéréotypés *(auparavant* Stéréotypies/comportements répétitifs)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble mouvements stéréotypés est un comportement moteur répétitif et non fonctionnel, que le sujet est apparemment contraint d'exécuter (Critère A). Ce comportement moteur interfère sérieusement avec les activités normales, ou provoque des automutilations corporelles suffisamment importantes

pour nécessiter un traitement médical (ou provoquerait ce type de blessures si des mesures préventives n'étaient pas prises) (Critère B). S'il existe un Retard mental, le comportement stéréotypé ou le comportement d'automutilation est de gravité suffisante pour réclamer un traitement spécifique (Critère C). Le comportement ne peut être considéré comme une compulsion (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), ni comme un tic (comme dans un Trouble tic), ni comme une stéréotypie qui entrerait clans le cadre d'un Trouble envahissant du développement, ni comme un symptôme de Trichotillomanie (Critère C). Le comportement n'est pas dû non plus aux effets physiologiques directs d'une substance ni à une affection médicale générale (Critère E). Le comportement moteur doit persister au moins 4 semaines (Critère F).

Les mouvements stéréotypés peuvent consister en signes de la main, balancements, jeux de mains, tripotages, mouvements pour faire tournoyer des objets, coups violents sur la tête, morsures infligées à soi-même ; le sujet peut se pincer la peau ou les orifices corporels, ou frapper certaines parties de son corps. Parfois, il utilise un objet dans ses mouvements. Les comportements peuvent provoquer des lésions tissulaires permanentes et invalidantes, et peuvent parfois menacer la vie du sujet. Par exemple, se frapper violemment la tête ou se donner des coups peut provoquer des coupures, des hémorragies, des infections, un décollement de rétine ou une cécité.

Spécifications

Si le comportement provoque des lésions corporelles qui nécessitent un traitement spécifique (ou bien provoquerait des lésions corporelles si des mesures préventives n'étaient pas prises), le clinicien peut spécifier : **avec comportement d'automutilation.**

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Le sujet (en particulier s'il présente un syndrome de Lesh-Nyhan) peut développer des moyens pour limiter ses gestes (p. ex., mettre les mains clans sa chemise, son pantalon ou ses poches) afin de contrôler les comportements d'automutilation. Lorsque cette auto-limitation est empêchée, les comportements reprennent. Si les comportements sont intenses ou répulsifs pour les autres, des complications psychosociales, dues à l'exclusion du sujet des activités sociales ou communautaires, peuvent survenir. Le Trouble mouvements stéréotypés survient le plus souvent en association à un Retard mental. Plus le retard est sévère, plus le risque de comportements d'automutilation est grand. Le trouble peut également survenir chez des sujets n'ayant pas de retard de développement (p. ex., des sujets présentant un balancement du corps associé à une Anxiété généralisée).
Ce trouble peut aussi accompagner des déficits sensoriels sévères (cécité et surdité), et semble plus fréquent dans des environnements institutionnels où les sujets sont insuffisamment stimulés. Les comportements d'automutilation surviennent dans certaines affections médicales générales associées à un Retard mental (p. ex., syndrome de l'X fragile, syndrome de Down, syndrome de Lange, et surtout syndrome de Lesch-Nyhan qui se caractérise par de sévères morsures infligées à soi même).
Examens complémentaires. S'il existe des automutilations, les examens complémentaires en refléteront la nature et la sévérité (p. ex., il peut exister une anémie résultant d'une perte sanguine chronique due à des saignements rectaux provoqués).

Examen physique et affections médicales générales associées. Des signes de lésions tissulaires chroniques peuvent se voir (p. ex., contusions, marques de morsure, coupures, écorchures, infections cutanées, fissures rectales, corps étrangers dans les orifices corporels, altération de la vue liée à des blessures oculaires ou à une cataracte traumatique, fractures ou déformations osseuses). Dans les cas moins graves, il peut exister une irritation cutanée chronique ou des callosités dues aux morsures, aux pincements, aux écorchures ou à l'imbibition par la salive.

Caractéristiques spécifiques liées à l'âge et au sexe

Les comportements d'automutilation surviennent chez des sujets de tous âges. Il existe des arguments pour penser que les sujets de sexe masculin ont une plus grande tendance à se frapper la tête violemment (avec un rapport d'environ 3 pour 1). Les morsures infligées à soi-même seraient plus fréquentes parmi les sujets de sexe féminin.

Prévalence

Il existe peu d'informations sur la prévalence du Trouble mouvements stéréotypés. On estime que la prévalence des comportements d'automutilation chez les sujets atteints de Retard mental se situe entre 2 % et 3 % des enfants et adolescents vivant dans la société, mais peut aller jusqu'à 25 % des adultes atteints de Retard mental grave ou profond et vivant dans des institutions.

Évolution

Il n'existe pas d'âge ou de mode de début typiques du Trouble mouvements stéréotypés. Le début peut succéder à un événement stressant dans l'environnement. Chez les sujets atteints de Retard mental grave, qui ne parlent pas, les mouvements stéréotypés peuvent être déclenchés par une affection médicale générale douloureuse (p. ex., otite entraînant des coups violents de la tête). Les mouvements stéréotypés atteignent souvent leur apogée à l'adolescence puis déclinent progressivement. Cependant, en particulier chez des sujets ayant un Retard mental grave ou profond, les mouvements peuvent persister pendant des années. La localisation de ces comportements change souvent (p. ex., un sujet peut commencer par se mordre la main, puis arrêter pour se mettre à se cogner la tête).

Diagnostic différentiel

Les mouvements stéréotypés peuvent être associés à un **Retard mental,** en particulier chez des personnes vivant dans des environnements non stimulants. Le diagnostic de Trouble mouvements stéréotypés ne doit être porté que chez des sujets chez lesquels le comportement stéréotypé, ou le comportement d'automutilation, atteint une sévérité suffisante pour justifier un traitement. Les mouvements stéréotypés répétitifs sont une caractéristique des **Troubles envahissants du développement.** Le diagnostic de Trouble mouvements stéréotypés ne doit pas être porté si les stéréotypies sont attribuables à un Trouble envahissant du développement. Les compulsions du **Trouble obsessionnel-compulsif** sont généralement plus complexes et ritualisées, elles surviennent en réponse à une obsession ou obéissent à des règles qui doivent être appliquées de façon rigide. La différenciation des mouvements complexes caractéristi-

quel du Trouble mouvements stéréotypés des **tics simples** (p. ex., clignement de paupière) est relativement facile. Cependant, il peut être assez difficile de différencier les Mouvements stéréotypés de **tics moteurs complexes** étant donné les similitudes entre les deux *en* termes d'intentionnalité, de rythmique, et d'impulsion.

Dans la **Trichotillomanie,** le comportement répétitif est, par définition, limité au fait de se tirer les cheveux. Les automutilations du Trouble mouvements stéréotypés doivent être distinguées du **Trouble factice avec signes et symptômes physiques prédominants,** dans lequel la motivation à se blesser est de se donner un rôle de malade. Les **automutilations associées à certains Troubles psychotiques et à certains Troubles de la personnalité** sont préméditées, complexes et rares, elles ont une signification pour le sujet dans le cadre du trouble mental sévère sous-jacent (p. ex., elles sont le résultat d'une pensée délirante). Les **mouvements involontaires associés à certaines maladies neurologiques** (comme la maladie de Huntington) ont en général une modalité typique, et les signes et symptômes de la maladie neurologique sont présents. Les **Dyskinésies tardives** sont en général la conséquence de la prise chronique de neuroleptiques et consistent en dyskinésies caractéristiques de la sphère oro-faciale ou, moins souvent, en mouvements irréguliers du tronc ou des membres. De plus, ces sortes de mouvements n'entraînent pas d'automutilation directe.

Les **comportements d'autostimulation chez les sujets ayant des déficits sensoriels** (p. ex., cécité) ne provoquent, en général, pas de trouble fonctionnel ni d'automutilation.

De nombreuses personnes ont des **comportements répétitifs pour diverses raisons** (entraînement pour améliorer une aptitude motrice, pratiques culturellement reconnues). A la différence des Mouvements stéréotypés, ces comportements n'interfèrent pas avec les activités normales et n'entraînent pas d'automutilations.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 sont beaucoup plus étroits que les critères du DSM-IV, en ce sens qu'un diagnostic de Trouble mouvements stéréotypés ne peut pas être porté en présence de tout autre trouble mental (excepté le Retard mental).

Critères diagnostiques du F98.4 [307.31 Trouble : mouvements stéréotypés

A. Comportement moteur répétitif et non fonctionnel, que le sujet est apparemment contraint d'exécuter (p. ex., secouer ou agiter les mains, balancer le corps, se cogner la tête, mâcher des objets, se mordre, se pincer la peau ou les orifices corporels, frapper certaines parties de son corps).

B. Le comportement interfère sérieusement avec les activités normales ou provoque des blessures corporelles (automutilations) qui nécessitent un traitement médical (ou bien le comportement provoquerait des blessures si des mesures préventives n'étaient pas prises)

(suite)

Critères diagnostiques du F98.4 1307.31 Trouble : mouvements stéréotypés *(suite)*

C. S'il existe un Retard mental, le comportement stéréotypé ou le comportement d'automutilation est de gravité suffisante pour réclamer un traitement spécifique.

D. Le comportement ne peut pas être considéré comme une compulsion (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), comme un tic (comme dans un Trouble tic), comme une stéréotypie qui entrerait dans le cadre d'un Trouble envahissant du développement, ni comme un symptôme de Trichotillomanie.

E. Le comportement n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ni à une affection médicale générale.

F. Le comportement persiste pendant 4 semaines ou davantage.

Spécifier si :

Avec comportement d'automutilation : si le comportement provoque des lésions corporelles qui nécessitent un traitement spécifique (ou bien provoquerait des lésions corporelles si des mesures préventives n'étaient pas prises)

F98.9 1313.91 Trouble de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence non spécifié

Cette catégorie est une catégorie résiduelle pour les troubles débutant pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence ne remplissant les critères spécifiques d'aucun des troubles décrits dans cette classification.
Deux catégories de la CIM-10 correspondent en fait à cette catégorie résiduelle : F98,9 Troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou à l'adolescence, sans précision, et F89 Trouble du développement psychologique sans précision (N.d.T).

Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs

Ce chapitre comprend le Delirium, la Démence, les Troubles amnésiques et le Trouble cognitif non spécifié. La perturbation principale est un déficit cognitif ou mnésique, cliniquement significatif et qui représente un changement important par rapport au fonctionnement antérieur. Tous les troubles décrits clans ce chapitre ont pour étiologie soit une affection médicale générale (même si l'affection précisément en cause n'est parfois pas identifiable), soit une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique), ou bien encore une combinaison de ces deux facteurs.

Dans le DSM-III-R, ces troubles étaient décrits clans un chapitre intitulé « Syndromes et Troubles mentaux organiques ». Le terme *Trouble mental organique* a été abandonné dans le DSM-IV car il pourrait impliquer à tort que les troubles mentaux « non organiques » ne possèdent pas une base biologique. Dans le DSM-IV, les troubles appelés auparavant « troubles mentaux organiques » ont été regroupés en trois sections : 1) Delirium, Démence, Troubles amnésiques et autres Troubles cognitifs ; 2) Troubles mentaux dus à une affection médicale générale ; et *3)* Troubles liés à une substance.

Un delirium est caractérisé par une perturbation de la conscience et une modification du fonctionnement cognitif qui s'installent en un temps court. Les troubles inclus dans la section « Delirium » sont classés selon l'étiologie présumée : Delirium dû à une affection médicale générale, Delirium induit par une substance (c.-à-d. dû à une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique), Delirium dû à des étiologies multiples ou Delirium non spécifié (si l'étiologie est indéterminée).

Une démence est caractérisée par des déficits cognitifs multiples, parmi lesquels une altération de la mémoire. Les démences sont également classées selon l'étiologie présumée : Démence de type Alzheimer, Démence vasculaire, Démence due à d'autres affections médicales générales (p. ex., maladie due au virus de l'immunocléficience humaine [VIII], traumatisme crânien, maladie de Parkinson, maladie de Huntington), Démence persistante induite par une substance (c.-à-d. due à une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique), Démence due à des étiologies multiples, ou Démence non spécifiée (si l'étiologie est indéterminée).

Un trouble amnésique est caractérisé par une altération de la mémoire, en l'absence d'autres altérations cognitives significatives. Dans la section « Troubles

amnésiques », *le* classement repose également sur l'étiologie présumée : Trouble amnésique dû à une affection médicale générale, Trouble amnésique persistant induit par une substance ou Trouble amnésique non spécifié.

Le trouble cognitif non spécifié est réservé aux tableaux cliniques caractérisés par un dysfonctionnement cognitif dont on peut présumer qu'il est dû soit à une affection médicale générale, soit à l'utilisation d'une substance, mais qui ne répond aux critères d'aucun des troubles exposés dans cette section.

Un texte introductif décrivant les caractéristiques générales de chaque catégorie de troubles, indépendamment de l'étiologie, est proposé. Il est suivi par le texte et les critères diagnostiques se rapportant à chacun des troubles spécifiques, défini par son étiologie.

Delirium

Les troubles de la section « Delirium » ont en commun une perturbation de la conscience et du fonctionnement cognitif, mais se différencient par leur étiologie : **Delirium dû à une affection médicale générale, Delirium induit par une substance** (ceci incluant les effets secondaires des médicaments), et **Delirium dû à des étiologies multiples.** En outre, **le Delirium non spécifié** est inclus clans cette section pour les cas où le clinicien est dans l'impossibilité de déterminer une étiologie spécifique au delirium.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du delirium est une perturbation de la conscience, accompagnée de modifications cognitives, qui ne peuvent pas s'expliquer par une clémence préexistante ou en évolution. La perturbation s'installe en un temps court, habituellement quelques heures ou quelques jours et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires mettent en évidence que le delirium est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'Intoxication par une substance ou du Sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, ou d'une combinaison de ces différents facteurs.

La perturbation de la conscience se manifeste par une baisse de l'état de conscience de l'environnement. La capacité à focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention est altérée (Critère A). Il faut répéter les questions au sujet parce qu'il ne peut pas fixer son attention ; parfois il persévère à répéter la réponse à une question précédente au lieu de déplacer son attention. Le sujet est facilement distrait par des stimulus hors de propos. Il peut être difficile (voire impossible) (l'engager une conversation avec lui en raison de ces perturbations.

On observe également des modifications du fonctionnement cognitif (qui peuvent inclure une altération de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien l'apparition de perturbations des perceptions (Critère B). L'altération de la mémoire se manifeste le plus généralement par des troubles de la mémoire récente, qui peuvent être évalués en demandant au sujet de se souvenir des noms de différents

objets sans relation entre eux ou d'une phrase courte, puis ensuite de les répéter après avoir distrait son attention pendant quelques minutes. La désorientation se manifeste habituellement clans le temps (p. ex., au milieu de la nuit le sujet se croit le matin), ou dans l'espace (p. ex., la personne croit être chez elle alors qu'elle est à l'hôpital). Dans les formes légères du delirium, la désorientation dans le temps peut être le premier symptôme à apparaître. La non-reconnaissance de soi-même est plus rare. La perturbation du langage peut apparaître clairement sous forme d'une dysarthrie (c.-à-d. une altération de la capacité à articuler), d'une dysnomie (c.-à-d. une altération de la capacité à dénommer les objets), ou d'une dysgraphie (c.-à-d. une altération de la capacité à écrire), ou même d'une aphasie. Parfois, le discours est décousu et hors de propos ; d'autre fois il est précipité et incohérent avec des changements de sujet imprévisibles. Le clinicien peut éprouver des difficultés à évaluer les modifications cognitives en raison de l'inattention et de l'incohérence du sujet. Dans ces circonstances, il est utile de reprendre en détail l'histoire de la maladie et de rechercher d'autre sources d'informations que le sujet lui-même, en particulier auprès des membres de sa famille.

Les anomalies des perceptions peuvent comprendre des interprétations erronées, des illusions ou des hallucinations. Par exemple, le claquement d'une porte peut être pris pour un coup de feu (interprétation erronée), les plis des draps pour des objets animés (illusion), ou hien l'individu peut « voir » un groupe de personnes planant au-dessus de son lit alors qu'il n'y a en réalité personne (hallucination). Bien que les perceptions sensorielles erronées soient le plus souvent visuelles, elles peuvent aussi concerner d'autres modalités sensorielles, comme l'audition, le toucher, le goût et l'olfaction. Les perceptions erronées vont des plus simples et uniformes aux plus complexes. L'individu peut être convaincu de la réalité de ses hallucinations et avoir des réactions émotionnelles et comportementales en rapport avec leur contenu.

La perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée (Critère C). Par exemple, la personne peut être cohérente et coopérante pendant la visite à l'hôpital le matin, et le soir même exiger qu'on retire sa perfusion, afin qu'elle rentre chez elle pour voir des parents décédés depuis des années.

Caractéristiques et troubles associés

Il existe fréquemment dans le delirium une perturbation du cycle veille-sommeil. Celle-ci peut consister en une somnolence diurne ou une agitation nocturne et des difficultés d'endormissement en une somnolence excessive durant la journée ou un état d'éveil pendant la nuit. Dans certains cas, on constate une inversion complète du rythme nycthéméral. Le comportement psychomoteur est fréquemment perturbé. De nombreux individus sont ainsi agités ou hyperactifs. Cette hyperactivité motrice peut comporter des gestes de tâtonnement ou de grattage des draps, des tentatives dangereuses ou intempestives pour sortir du lit, des mouvements brusques. A l'opposé, il peut y avoir une diminution de l'activité motrice, avec une lenteur et une léthargie confinant à la stupeur. L'activité psychomotrice peut passer d'un extrême à l'autre au cours de la journée. Les troubles du jugement peuvent entraver l'observance du traitement. Hallucinations, idées délirantes et agitation sont plus fréquentes dans les phases d'hyperactivité. Hallucinations, idées délirantes et autres troubles perceptifs sont moins fréquents clans les phases d'hypoactivité. Le degré d'altération du fonctionnement cognitif observé dans les états d'hyperactivité et d'hypoactivité est comparable.

L'individu peut présenter des perturbations émotionnelles telles qu'anxiété, peur, dépression, irritabilité, colère, euphorie et apathie. Des changements rapides et imprévisibles d'un état émotionnel à un autre peuvent s'observer. Chez certains sujets cependant la tonalité émotionnelle est stable. La peur accompagne souvent des hallucinations menaçantes ou des idées délirantes fugaces. Si elle est intense, le sujet peut s'attaquer aux personnes qu'il perçoit comme menaçantes. Les individus peuvent se blesser en tombant de leur lit ou en essayant de s'échapper alors qu'ils sont sous perfusion, sous intubation respiratoire, qu'ils ont des cathéters urinaires ou autres appareillages médicaux. La perturbation émotionnelle peut aussi se manifester par des appels, des cris, des jurons, des marmonnements ou d'autres émissions vocales. Ces comportements surviennent surtout la nuit et lorsque les stimulations et les repères environnementaux ont disparu. Les troubles du jugement peuvent entraver l'observance du traitement. Selon l'étiologie, le delirium peut s'accompagner de plusieurs signes neurologiques non spécifiques, tels qu'un tremblement, des myoclonies, un astérixis et des modifications des réflexes ou du tonus musculaire.

En plus des résultats (l'examens complémentaires caractéristiques des affections médicales générales concomitantes ou ayant un rôle étiologique (ou d'une intoxication, ou d'un sevrage), l'électroencéphalogramme est en règle générale anormal avec un ralentissement diffus. Une activité rapide est parfois retrouvée, par exemple dans le Delirium dû au sevrage d'alcool.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

L'évaluation des fonctions intellectuelles doit tenir compte du milieu culturel et de l'éducation. Des informations utilisées clans les tests peuvent ne pas être familières aux personnes issues de certaines cultures ou de certains milieux : tests de connaissance générale (p. ex., les noms des présidents, les notions de géographie), de mémoire (p. ex., la date de naissance dans des cultures où ne l'on ne célèbre pas ordinairement les anniversaires) et d'orientation (p. ex., la façon de s'orienter ou de situer dans l'espace peut être conçue différemment selon les cultures).

Les enfants peuvent être particulièrement prédisposés au delirium en comparaison des adultes (en mettant à part les personnes âgées), en particulier lors des maladies fébriles ou de la prise de certains médicaments (p. ex., les anticholinergiques). Le delirium chez l'enfant peut être pris pour un comportement d'opposition ; la reconnaissance des signes cognitifs distinctifs peut être difficile. Lorsque des personnes familières ne parviennent pas à apaiser l'enfant, cela peut faire suggérer un delirium. La répartition du delirium selon le sexe reflète par ailleurs celle de la population âgée en général (où la proportion des femmes par rapport aux hommes augmente avec l'âge), qui est le groupe présentant le risque de delirium le plus élevé. Les personnes âgées sont également particulièrement prédisposées au delirium comparativement aux adultes jeunes, peut-être en raison de différences physiologiques. L'âge chez l'adulte est associé à une fréquence de delirium plus élevée, même en contrôlant les autres facteurs de risque. Le sexe masculin semble être un facteur de risque de delirium indépendant chez les personnes âgées.

Prévalence

La prévalence ponctuelle du delirium dans la population générale est de 0,4 % chez l'adulte à partir de 18 ans, et de 1,1 % à partir de 55 ans. La prévalence ponctuelle du delirium dans la population médicale hospitalisée est de 10 à 30 %. Chez les personnes âgées hospitalisées, environ 10-15 % présenteraient un delirium à l'admission et 10-40 % en cours d'hospitalisation. Jusqu'à 60 % des personnes résidant en maison de retraite présenteraient un delirium à un moment quelconque. Jusqu'à 25 % des malades cancéreux hospitalisés et 30-40 % des sujets sidaïques hospitalisés ont un delirium pendant l'hospitalisation. Jusqu'à 80 % des patients en phase terminale présentent un delirium avant de mourir. La fréquence du delirium clans ces populations dépend largement de la nature des affections médicales générales associées et des procédures chirurgicales.

Évolution

Les symptômes d'un delirium s'installent habituellement en une période de quelques heures à quelques jours, bien que chez certains sujets ils puissent apparaître de façon brutale (p. ex., après un traumatisme crânien). Plus typiquement, le tableau complet se constitue en 3 jours. Le plus souvent, des symptômes prodromiques, tels qu'une agitation, de l'anxiété, une irritabilité, une désorientation, une distractibilité ou une perturbation du sommeil progressent jusqu'au tableau clinique complet du delirium en 1 à 3 jours. Le delirium peut guérir en quelques heures à quelques jours ; les symptômes peuvent aussi persister plusieurs semaines à plusieurs mois, en particulier chez les personnes âgées et s'il existe une démence associée. Si le facteur étiologique sous-jacent est rapidement corrigé ou s'il se résout de lui-même, il y a des chances pour que la guérison soit complète et plus rapide. Les sujets ayant un bon fonctionnement cognitif et un bon état physique prémorbides se rétablissent mieux d'un delirium. Les sujets ayant présenté des épisodes antérieurs de delirium ont un risque accru de retour des symptômes.

Alors que la majorité des individus se rétablissent complètement, clans certains cas le delirium évolue vers la stupeur, le coma, des crises convulsives ou la mort, surtout si la cause n'est pas traitée. Une guérison complète est moins fréquente chez les personnes âgées, la fréquence des guérisons complètes au moment de la sortie de l'hôpital étant de 4 à 40 %. De nombreux symptômes n'ont pas disparu 3-6 mois après la sortie. De même, après un delirium, des déficits cognitifs persistent fréquemment chez les personnes âgées, bien que de tels déficits puissent être dus à une démence préexistante qui n'a pas été suffisamment prise en compte. L'état mental s'améliore davantage chez les sujets qui ont été hospitalisés à partir de leur domicile que chez ceux venant d'une institution.

Le delirium dans la population médicale est associé à une morbidité importante. En particulier chez les personnes âgées, il augmente significativement le risque de complications médicales, comme la pneumonie et les ulcérations de décubitus, qui prolongent la durée de séjour à l'hôpital. Le delirium est également associé à un déclin cognitif plus important et à un plus grand risque de placement en institution. Chez les sujets de 65 ans ou plus hospitalisés qui présentent un delirium, le risque de placement en institution et de déclin fonctionnel est multiplié par trois par rapport aux patients hospitalisés n'ayant pas de delirium, au moment de la sortie de l'hôpital et 3 mois plus tard. Après une intervention chirurgicale, un delirium prédit une guérison incomplète et une évolution défavorable à long terme. Il est souvent associé à un risque plus élevé

de complications post-opératoires, à un temps de récupération post-opératoire plus long, à des durées de séjour à l'hôpital plus importantes, et à une plus grande incapacité à long terme.

Le delirium dans la population médicale est également associé à une mortalité plus importante. Les personnes âgées qui présentent un delirium pendant une hospitalisation ont un risque de 20-75 % de mourir pendant cette hospitalisation. La mortalité est également très élevée pendant les mois qui suivent la sortie de l'hôpital chez les sujets qui ont présenté un delirium pendant l'hospitalisation. Jusqu'à 15 % des patients âgés ayant un delirium meurent au cours du mois qui suit la sortie, et jusqu'à 25 % au cours des 6 mois suivant leur sortie. D'autres facteurs de risque, comme la nature de la maladie, sa gravité, une altération préexistante du fonctionnement cognitif, et l'âge, contribuent de manière significative à cette association. Un taux de mortalité particulièrement élevé est observé chez les sujets souffrant d'une tumeur maligne et d'un delirium, à la fois à l'hôpital et après la sortie, par rapport aux sujets atteints d'une tumeur maligne mais qui ne présentent pas de delirium.

Diagnostic différentiel

Le problème de diagnostic différentiel le plus fréquent consiste à savoir si le sujet est atteint d'une **démence** plutôt que d'un delirium, d'un delirium isolé ou d'un delirium associé à une clémence préexistante. L'altération de la mémoire existe à la fois clans le delirium et dans la démence, mais la personne souffrant d'une démence isolée a un état d'éveil normal et n'a pas les troubles de la conscience caractéristiques du delirium. Le mode d'installation et l'évolution clans le temps des altérations cognitives sont utiles pour distinguer delirium et clémence. Dans le delirium, l'installation des symptômes est beaucoup plus rapide (c.-à-d. quelques heures à quelques jours), alors que dans la clémence, elle est en règle générale plus progressive ou insidieuse. L'intensité des symptômes fluctue de façon caractéristique sur une période de 24 heures dans le delirium, alors que clans la clémence habituellement elle ne varie pas. En présence de symptômes de delirium, et pour déterminer si les symptômes d'une démence préexistaient, des informations auprès des membres de la famille, de personnes avant donné des soins au sujet, ou recueillies dans les dossiers médicaux peuvent être utiles. Pour coder un delirium surajouté aux différents types possibles de clémence, il est nécessaire de se reporter aux « Procédures d'enregistrement » indiquées pour chaque type de delirium.

L'étiologie présumée du delirium détermine son diagnostic spécifique (le texte et les critères diagnostiques concernant chaque type de delirium sont présentés plus loin clans cette section). Si le delirium est la conséquence des effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, alors le diagnostic de Delirium dû à une affection médicale générale doit être porté. Si le delirium résulte des effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus, les diagnostics de Delirium dû à l'intoxication par une substance ou de Delirium dû au sevrage d'une substance doivent être portés selon qu'il s'agit d'une intoxication ou d'un sevrage. Si le delirium résulte de la prise de médicaments ou d'une substance toxique, c'est le diagnostic de Delirium induit par une substance qui doit être porté. Il n'est pas rare que le delirium soit dû à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance (comme un médicament). Cela peut être observé par exemple chez une personne âgée souffrant d'une affection médicale grave et traitée par de multiples médicaments. En présence de plusieurs étiologies (p. ex., à la fois substance et affection médicale générale), le diagnostic de

delirium dû à des étiologies multiples doit être porté. S'il est impossible d'établir une étiologie spécifique (c.-à-d. une substance ou bien une affection médicale générale), on fait le diagnostic de delirium non spécifié.

Il ne faut porter le diagnostic de delirium dû à l'Intoxication par une substance ou au Sevrage d'une substance à la place de ceux **d'Intoxication par une substance ou de Sevrage à une substance** que si les symptômes de delirium sont nettement plus marqués qu'ils ne sont habituellement dans le syndrome d'intoxication ou de sevrage et si ces symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique. 11 ne faut pas manquer de rechercher d'autres causes possibles au delirium (par exemple **Delirium dû à une affection médicale générale)** même chez des sujets qui présentent des signes évidents d'intoxication ou de sevrage. Ainsi un traumatisme crânien provoqué par une chute ou une bagarre lors d'une intoxication peut être responsable du delirium.

Un delirium caractérisé par des hallucinations riches et vécues intensément, par des idées délirantes, des perturbations du langage et une agitation doit être distingué d'un **Trouble psychotique bref,** d'une **Schizophrénie,** d'un **Trouble schizophréniforme, d'autres Troubles psychotiques** et aussi d'un **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.** Les symptômes psychotiques du delirium sont fluctuants, ils sont fragmentaires et non systématisés. Un delirium caractérisé par des changements d'humeur et une anxiété doit également être distingué des Troubles de l'humeur et des Troubles anxieux. Enfin, un delirium comportant une peur, de l'anxiété et des symptômes dissociatifs doit être distingué de l'Etat de stress aigu, qui est précipité par l'exposition à un événement gravement traumatisant. En règle générale, les symptômes psychotiques, thymiques, anxieux et dissociatifs associés à un delirium fluctuent, dans un contexte où la capacité à maintenir et à déplacer son attention de façon appropriée est réduite ; des anomalies à l'électroencéphalogramme sont habituellement associées. L'altération de la mémoire et la désorientation, fréquentes lors du delirium n'existent pas en général dans ces autres troubles mentaux. Enfin, dans le delirium, une affection médicale générale sous-jacente, une Intoxication, un Sevrage ou l'utilisation de médicaments peuvent être mis en évidence.

Le delirium doit être distingué de la **Simulation** et des **Troubles factices.** La distinction est fondée sur la présentation, souvent atypique dans la Simulation et les Troubles factices, et sur l'absence d'une affection médicale générale ou d'une substance qui puisse, l'une ou l'autre, expliquer la perturbation cognitive apparente.

Parfois seuls quelques-uns des symptômes du delirium sont présents. Des tableaux sub-syndromiques méritent une évaluation approfondie car ils peuvent être avant- coureurs d'un tableau complet de delirium ou signaler une affection médicale générale sous-jacente qui n'a pas encore été diagnostiquée. De tels tableaux sont à classer comme **Trouble cognitif non spécifié**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La conception générale du Delirium est identique clans le DSM-IV et la CIM-10 (c.-à-d. une perturbation de la conscience et du fonctionnement cognitif ayant un début aigu et une évolution fluctuante). Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 comportent des éléments supplémentaires : altération de la mémoire immédiate et des faits récents, avec une relative préservation de la mémoire des faits anciens, désorien-

tauon, troubles psychomoteurs et perturbation du sommeil. La CIM-10 ne comporte pas Li catégorie du DSM-1V : Delirium dû à des étiologies multiples.

F05.0 [293.01 Delirium dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques et caractéristiques associées

Les caractéristiques descriptives du Delirium dû à une affection médicale générale (Critères A-C) sont exposées p. 148. Pour que le diagnostic de Delirium dû à une affection médicale générale soit porté, l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent en outre mettre en évidence que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (Critère D).

Pour établir que le delirium est dû à une affection médicale générale, le clinicien doit d'abord établir la présence d'une affection médicale générale. Puis, il doit prouver qu'il existe une relation étiologique entre le delirium et l'affection médicale générale par l'évaluation soigneuse et complète de multiples facteurs. Bien qu'il n'existe aucune règle infaillible, plusieurs éléments sont à prendre en considération. L'existence d'une relation temporelle entre le début, l'aggravation ou la rémission de l'affection médicale générale et le début, l'aggravation ou la rémission du delirium est à prendre en compte. Les données de la littérature qui suggèrent un lien direct entre l'affection médicale générale en cause et l'apparition d'un delirium fournissent des arguments importants clans une situation particulière. En outre, le clinicien doit estimer que la perturbation n'est pas mieux expliquée par un delirium induit par une substance ou par un trouble mental primaire (p. ex., un épisode maniaque). Cette question est exposée de façon plus détaillée dans le chapitre : «Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209).

Le delirium peut être lié à de nombreuses affections médicales générales dont chacune comporte des caractéristiques à l'examen physique et aux examens complémentaires. Dans les maladies systémiques, il n'existe habituellement pas de signes neurologiques en foyer. Différentes formes de tremblement peuvent être observées. L'astérixis, qui est un mouvement de battement d'ailes des mains en hyperextension, a été décrit à l'origine dans l'encéphalopathie hépatique mais il peut se rencontrer dans des delirium ayant d'autres étiologies. Les signes d'hyperactivité neurovégétative (p. ex., tachycardie, sueurs, rougeur de la face, dilatation pupillaire et hypertension artérielle) sont fréquents. En plus des résultats des examens complémentaires caractéristiques des affections médicales générales en cause (ou bien d'un état d'intoxication ou de sevrage), l'électroencéphalogramme est généralement anormal avec soit des oncles lentes diffuses soit une activité rapide.

Procédures d'enregistrement

Pour coder un diagnostic de Delirium dû à une affection médicale générale, le clinicien doit noter à la fois le delirium et l'affection médicale générale qui a été identifiée et considérée comme la cause du delirium sur l'Axe I (p. ex., F05.0 [293.0] Delirium dû à une hypoglycémie). Il faut également noter le code CIM-9-MC *de* l'affection médicale

générale sur l'Axe III (p. ex., E16.2 [2512] hypoglycémie) (voir à l'Annexe G la liste des codes diagnostiques CIM-9-MC sélectionnés pour les affections médicales générales). Lorsque le delirium est surajouté à une démence préexistante, les deux diagnostics doivent être portés (p. ex., F00.10 [294.11j Démence de type Alzheimer, Avec perturbation du comportement, et F05.0 [293.0] Delirium (In à une hyponatrémie). La maladie d'Alzheimer n'étant pas reconnue comme une étiologie de delirium mais seulement comme un facteur de risque, l'étiologie d'un delirium surajouté à une maladie d'Alzheimer doit être précisée. En raison des conditions de codage dans la CIM-9-MC, un delirium surajouté à une Démence vasculaire est noté en codant le sous-type de démence correspondant (p. ex., F01.41 [290.11] Démence vasculaire, Avec delirium). Lorsqu'il est difficile de déterminer si des déficits cognitifs sont dus a un delirium ou à une démence, il peut être utile de faire un diagnostic provisoire rie delirium et de poursuivre l'observation attentive du sujet tout en s'efforçant d'identifier la nature de la perturbation.

Affections médicales générales associées

Les affections médicales générales associées au delirium comprennent la pathologie du système nerveux central (p. ex., traumatisme crânien, ictus et suites d'ictus, maladies vasculaires comme les accidents vasculaires cérébraux et les encéphalopathies hypertensives, maladies dégénératives comme la maladie de Pick, infection, tumeur cérébrale), les troubles métaboliques (p. ex., maladie rénale ou hépatique, déséquilibre hydro-électrolytique comme la déshydratation, les déséquilibres en sodium ou en potassium, anémie, hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, carence en thiamine, hypoalbuminémie, endocrinopathie, déséquilibre acido-basique), troubles cardio-pulmonaires (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, arythmie cardiaque, choc, insuffisance respiratoire) et maladies de système ou atteinte générale (p. ex., infection comme une septicémie, une pneumonie et une infection de l'appareil urinaire ; néoplasie ; traumatisme grave ; privation sensorielle comme un affaiblissement visuel et auditif ; trouble de la régulation thermique ; suites opératoires). Certaines lésions focales du lobe pariétal droit et de la région inféro-médiane du lobe occipital peuvent également entraîner un delirium.

Diagnostic différentiel

Voir p. 162 une discussion générale du diagnostic différentiel du delirium.

Critères diagnostiques du F05.0 1293.0] Delirium dû *à... [Indiquez l'Affection médicale générale]*

A. Perturbation rie la conscience (c.-à-d. baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F05.0 1293.01 Delirium dû** *à... (Indiquez l'Affection médicale* ***générale*****]** *(suite)*

B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une clémence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

Note de codage : Si le delirium est surajouté à une Démence vasculaire préexistante, indiquer le delirium en codant 001.41 [290.41] Démence vasculaire, Avec delirium.

Note de codage : Noter le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I, par exemple F05.0 [293.01 Delirium (IL à une encéphalopathie hépatique; noter également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir Annexe G pour les codes).

Delirium induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques et caractéristiques associées

Les caractéristiques descriptives du delirium induit par une substance (Critères A-C) sont exposées p. 158. Pour que le diagnostic de Delirium induit par une substance soit porté, l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent en outre mettre en évidence une intoxication par une substance ou un sevrage d'une substance, des effets secondaires de médicaments, ou une exposition à une substance toxique, ces facteurs étant jugés liés étiologiquement au delirium (Critère D). Un delirium survenant pendant une intoxication justifie un diagnostic de delirium dû à l'intoxication par une substance, et un delirium survenant pendant un sevrage celui de delirium dû au sevrage d'une substance et un delirium lié aux effets secondaires d'un médicament ou à une substance toxique celui de delirium induit par une substance (voir l'ensemble des critères diagnostiques du delirium dû à l'intoxication par une substance p. 168).

Le delirium qui survient pendant une Intoxication par une substance peut apparaître quelques minutes ou quelques heures après la prise de quantités relativement importantes de certaines drogues comme le cannabis, la cocaïne et les hallucinogènes. Cependant, le début peut également être retardé pour certaines substances qui peuvent s'accumuler parce qu'elles ont des demi-vies longues (p. ex., diazépam). Habituelle-

ment, le delirium disparaît lorsque l'intoxication cesse ou bien quelques heures ou quelques jours après. Toutefois, il peut durer plus longtemps après une intoxication par la phencyclidine et chez les sujets qui ont des lésions cérébrales, chez les personnes âgées, et chez les individus qui prennent plusieurs substances à la fois. Le délai entre la prise d'une substance et le début d'un delirium dû à une intoxication par cette substance peut être plus court chez les sujets qui ont une clearance faible (p. ex., en raison d'une maladie rénale ou hépatique).

Le delirium lié au sevrage d'une substance apparaît lorsque les concentrations tissulaires et plasmatiques de la substance décroissent, après réduction ou arrêt de l'utilisation prolongée, en général à doses élevées, d'alcool, de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques. Chez les sujets ayant une clearance faible, l'interaction entre médicaments, ou bien la prise de plusieurs substances à la fois peuvent entraîner un Delirium dû au sevrage d'une substance après la réduction ou l'arrêt de doses plus faibles. La durée du delirium varie en fonction de la demi-vie de la substance impliquée : les substances d'action prolongée comportent habituellement des périodes de sevrage plus longues. Le delirium dû au sevrage d'une substance peut durer quelques heures ou bien persister jusqu'à 2 à 4 semaines.

Il ne faut porter ce diagnostic à la place d'un diagnostic d'Intoxication ou de Sevrage par une substance que si les symptômes cognitifs sont nettement plus marqués qu'ils ne le sont habituellement dans le syndrome d'intoxication et de sevrage et si ces symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique. Pour une discussion plus détaillée des caractéristiques associées aux troubles liés à une substance, voir p. 221.

Procédures d'enregistrement

Un diagnostic de Delirium induit par une substance comporte le nom de la substance spécifique (plutôt que celui de la classe de substances), qui est présumée à l'origine du delirium (p. ex., « Diazépam » plutôt que « sédatif, hypnotique ou anxiolytique »). Pour le code diagnostique, il faut se référer à la liste des classes de substances figurant dans les critères diagnostiques.

Il faut utiliser le code « Autre substance » pour les substances auxquelles aucun de ces codes ne correspond (p. ex., la digitaline). En outre, pour les médicaments prescrits à doses thérapeutiques, le nom du médicament spécifique peut être indiqué en utilisant le code E (voir Annexe G). En ce qui concerne les substances qui peuvent être à l'origine d'une intoxication ou d'un sevrage, il faut faire précéder le nom de la substance du contexte clans lequel les symptômes de delirium sont apparus (p. ex., F15.03 [292.81] Delirium dû à l'intoxication par la dextro- amphétamine ; F10.4 [291.0] Delirium dû au sevrage alcoolique). Quant aux effets secondaires des médicaments et à l'exposition à une substance toxique, il convient d'employer le terme « induit » (p. ex., F19.03 [292.81] Delirium induit par la digitaline). Lorsqu'il y a plusieurs substances qui peuvent être mises en cause dans le développement d'un delirium, chacune d'entre elle doit être enregistrée séparément. Si l'on juge qu'un delirium est dû à une substance mais qu'on ignore la nature de la substance elle-même ou de la classe de substances, il faut porter le diagnostic de Delirium induit par une substance inconnue F19.03 [292.84

Substances spécifiques

Le Delirium dû à l'intoxication par une substance peut être provoqué par les classes de substances suivantes : alcool ; amphétamines ou substances apparentées ; cannabis ; cocaïne ; hallucinogènes ; solvants volatils ; opiacés ; phencyclidine et substances apparentées ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; substances autres ou inconnues. **Le Delirium dû au sevrage d'une substance** peut être provoqué par les classes de substances suivantes : alcool (ce delirium est souvent appelé « delirium tremens ») ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; substances autres ou inconnues.

Les médicaments connus pour provoquer un delirium sont les anesthésiques, les analgésiques, les produits antiasthmatiques, les anticonvulsivants, les antihistaminiques, les médicaments antihypertenseurs et cardio-vasculaires, les antimicrobiens, les antiparkinsoniens, les corticoïdes, les médicaments gastro-intestinaux, les antagonistes des récepteurs histaminiques H_2 (p. ex., cimétidine), les immunosuppresseurs, les myorelaxants et les psychotropes possédant des effets secondaires anticholinergiques. Les substances toxiques pouvant provoquer un delirium sont les anticholinestérases, les insecticides organophosphorés, le monoxyde de carbone, le dioxyde de carbone et les substances volatils telles que l'essence ou la peinture.

Diagnostic différentiel

Voir p. 162 une discussion générale du diagnostic différentiel du delirium et p. 239 une discussion du diagnostic différentiel de l'Intoxication par une substance et du Sevrage d'une substance.

Critères diagnostiques du Delirium dû à l'Intoxication par une substance

A. Perturbation de la conscience (c.-à-d. baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention.

B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une clémence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, soit :

(1) d'une apparition des symptômes des critères A et B au moment de l'Intoxication par une substance,

(2) d'une utilisation de médicaments liée étiologiquement à la perturbation*.

(suite)

□ Critères diagnostiques du Delirium dû à l'Intoxication par une substance *(suite)*

N.-B. Il ne faut porter ce diagnostic au lieu de celui d'Intoxication par une substance que si les symptômes cognitifs sont nettement plus marqués qu'ils *ne* le sont habituellement clans le syndrome d'intoxication et si ces symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique.

* N.-B. : Si le delirium est lié à l'utilisation de médicaments, il doit être enregistré comme Delirium induit par une substance.

Codification du Delirium dû à l'intoxication [par une substance spécifique] : F10.03 [291.0] Alcool ; F15.03 [292.81] Amphétamine (ou substance amphétaminique) ; E14.03 [292.81] Cocaïne ; F12.03 [292.81] Cannabis ; F16.03 1292.811 Hallucinogènes ; F18.03 1292.81] Solvants volatils ; F11.03 [292.81] Opiacés ; F19.03 [292.81] Phencyclidine (ou substances similaires) ; F13.03 [292.81] Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.03 [292.81] Substance autre (ou inconnue), par exemple cimétidine, digitaline, benztropine.

■ Critères diagnostiques du Delirium dû au sevrage d'une substance

A. Perturbation de la conscience (c.-à-d. baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention.

B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'une apparition des symptômes des critères A et B au moment d'un syndrome de sevrage, ou bien peu de temps après.

N.-B. : Il ne faut porter ce diagnostic au lieu de celui de sevrage à une substance que si les symptômes cognitifs sont nettement plus marqués qu'ils ne le sont habituellement clans le syndrome de sevrage et si ces symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Delirium dû au sevrage d'une substance *(suite)*

Codification du Delirium dû au sevrage [d'une substance spécifique] : F10.4 [291.0] Alcool ; F13.4 [292.81] Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.4 [292.81] Substance autre (ou inconnue).

Delirium dû à des étiologies multiples

La catégorie « Delirium dû à des étiologies multiples » est introduite dans ce manuel pour attirer l'attention des cliniciens sur la fréquence des delirium ayant plusieurs étiologies. Plusieurs affections médicales générales peuvent être en cause (p. ex., Delirium dû à l'encéphalopathie hépatique, Delirium dû à un traumatisme crânien), ou bien le delirium peut être dû à la fois à une affection médicale générale (p. ex., encéphalite virale) et à l'utilisation d'une substance (p. ex., Sevrage alcoolique).

Procédures d'enregistrement

Le Delirium dû à des étiologies multiples ne possède pas de code séparé et ne doit pas être enregistré comme un diagnostic. Par exemple, pour coder un delirium dû à la fois à une encéphalopathie hépatique et à un sevrage alcoolique, le clinicien doit noter à la fois F05.0 [293.0] Delirium dû à une encéphalopathie hépatique et F10.4 [291.0] Delirium dû au sevrage alcoolique sur l'Axe I et K72.9 [572.2] Encéphalopathie hépatique sur l'Axe III.

■ Critères diagnostiques du Delirium dû à des étiologies multiples

A. Perturbation de la conscience (c.-à-d. baisse de la prise de conscience claire (le l'environnement) avec diminution de la capacité à focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention.

B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du Delirium dû à des étiologies multiples *(suite)*

D. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires de plusieurs étiologies (p. ex., plusieurs affections médicales générales, ou une affection médicale générale en plus d'une Intoxication par une substance ou d'un effet secondaire d'un médicament).

N.-B. : Utiliser les divers codes correspondant aux delirium spécifiques et aux étiologies spécifiques, par exemple F05.0 [293.0] Delirium dû à une encéphalite virale ; F10.4 [291.0] Delirium du sevrage alcoolique.

F05.9 [780.091 Delirium non spécifié

Il faut utiliser cette catégorie pour faire le diagnostic d'un delirium qui ne satisfait les critères diagnostiques d'aucun des types spécifiques de delirium décrits dans ce chapitre. Par exemple :

1. Un tableau clinique de delirium dont on peut soupçonner qu'il est dû à une affection médicale générale ou à l'utilisation d'une substance mais sans que l'on parvienne à réunir les arguments en faveur d'une étiologie spécifique.
2. Delirium dû à des causes qui ne figurent pas dans ce chapitre (p. ex., une privation sensorielle).

Démence

Les troubles de la section « Démence » sont caractérisés par l'apparition de déficits multiples (parmi lesquels une altération de la mémoire) qui sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, aux effets persistants d'une substance, ou à des étiologies multiples (p. ex., aux effets combinés d'une maladie cérébro-vasculaire et d'une maladie d'Alzheimer). Les troubles de cette section partagent le même tableau symptomatique mais se distinguent par leur étiologie. Les caractéristiques diagnostiques décrites ci-dessous se rapportent aux affections suivantes : **Démence de type Alzheimer, Démence vasculaire, Démence due à la maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Démence due à un traumatisme crânien, Démence due à la maladie de Huntington, Démence due à la maladie de Pick, Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob, Démence due à d'autres affections médicales générales, Démence persistante induite par une substance et Démence due à des étiologies multiples.** En outre, la catégorie **Démence non spécifiée** s'applique aux tableaux cliniques associant des déficits cognitifs multiples dont le clinicien est dans l'impossibilité de déterminer l'étiologie spécifique.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la démence est l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives. Les déficits cognitifs doivent être suffisamment sévères pour entraîner une altération significative du fonctionnement professionnel ou social et doivent représenter un déclin par rapport au niveau du fonctionnement antérieur. Le diagnostic de clémence ne doit pas être porté si les déficits surviennent exclusivement au cours d'un delirium. Si la clémence est présente lorsque le delirium ne l'est plus, les deux diagnostics doivent être portés. La démence peut être reliée étiologiquement à une affection médicale générale, aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (notamment l'exposition à une substance toxique), ou à une combinaison de ces facteurs.

L'altération de la mémoire, qui est nécessaire au diagnostic, est un symptôme précoce et prédominant (Critère A1). Les sujets ont une capacité altérée à apprendre des informations nouvelles, ou bien ils oublient des informations apprises antérieurement. La plupart des sujets présentent ces deux formes d'altération de la mémoire mais il est parfois difficile au début de la maladie de mettre en évidence l'oubli des informations apprises antérieurement. Ils peuvent perdre des objets de valeur comme un portefeuille, des clés, oublier des plats sur la cuisinière et se perdre dans des quartiers qui ne leur sont pas familiers. A des stades plus avancés de la démence, la détérioration de la mémoire est si sévère que le sujet oublie son métier, ses études, sa date de naissance, les membres rie sa famille et parfois même son nom.

La mémoire peut être évaluée de façon formelle en demandant au sujet d'enregistrer, de retenir, de rappeler et de reconnaître des informations. La capacité à apprendre des informations nouvelles peut être appréciée en demandant à la personne d'apprendre une liste de mots. On lui demande de répéter les mots (enregistrement), de se rappeler de l'information après un intervalle de plusieurs minutes (rétention, rappel), et de reconnaître les mots dans une liste plus étendue (reconnaissance). Les individus qui ont des difficultés à apprendre des informations nouvelles ne sont pas aidés par des indices ou par des suggestions (p. ex., questions à choix multiples), parce que le matériel n'a pas été mémorisé au départ. En revanche, les sujets dont le déficit touche principalement le rappel peuvent être aidés par des indices ou par des suggestions puisque c'est l'accès aux souvenirs qui est altéré. La mémoire à long terme peut être explorée en demandant au sujet de se rappeler d'informations personnelles ou d'événements passés dans des domaines qui l'ont intéressé (p. ex., la politique, les sports, les spectacles). Il est également utile de déterminer (avec l'aide du sujet et d'autres informateurs) l'impact des perturbations de la mémoire sur son fonctionnement (p. ex., sa capacité à travailler, à faire des courses, à faire la cuisine, à payer les factures, à rentrer chez lui sans se perdre).

La détérioration du langage (aphasie) peut se manifester par une difficulté à la dénomination d'objets ou de personnes (Critère A2a). Le discours devient alors vague ou creux, avec de longues circonlocutions et une utilisation excessive de mots imprécis, comme « chose », « ça ». La compréhension du langage parlé et du langage écrit, la répétition peuvent être également altérées. Aux staries avancés de la clémence, les individus peuvent être mutiques ou bien avoir une détérioration de l'expression orale caractérisée par l'écholalie (c.-à-d. la répétition rie ce qui a été entendu) ou la palilalie (c.-à-d. la répétition continue de sons ou de mots). Le langage est exploré en demandant au sujet de dénommer des objets clans la pièce (p. ex., cravate, robe, bureau, lampe) ou

des parties du corps (p. ex., nez, menton, épaule), d'exécuter une consigne (« Montrez-moi la porte et ensuite la table »), ou de répéter des phrases (« Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et »).

Les sujets ayant une démence peuvent présenter une apraxie (c.-à-d. une altération de la capacité a réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices, des fonctions sensorielles et une compréhension des consignes intactes) (Critère A2b). Ils seront dans l'impossibilité d'imiter correctement des gestes nécessitant la manipulation d'objets (p. ex., se coiffer avec un peigne) ou d'exécuter correctement certains gestes symboliques (p. ex., faire un au revoir de la main). L'apraxie peut contribuer aux difficultés voire à l'impossibilité de cuisiner, de s'habiller et de dessiner. Les perturbations des réalisations peuvent être explorées en demandant au sujet d'exécuter des gestes (p. ex., montrer comment on se brosse les dents, recopier des pentagones intersectés, assembler des cubes, ou bien disposer des bâtons de façon à former des figures particulières).

Les sujets atteints de démence peuvent présenter une agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensitives et sensorielles intactes) (Critère A2c). Le sujet peut par exemple avoir une acuité visuelle normale niais devenir incapable de reconnaître des objets tels une chaise ou des crayons. Parfois, ils ne reconnaissent plus les membres de leur famille voire leur propre image dans le miroir. De la même façon, ils peuvent avoir une sensibilité tactile normale mais être incapable d'identifier, par le toucher seulement, les objets placés dans leurs mains (p. ex., une pièce de monnaie, des clés).

Des perturbations des fonctions exécutives sont rencontrées couramment dans la démence (Critère A2d) et elles peuvent être mises en relation avec des altérations du lobe frontal ou des voies sous-corticales associées. Les fonctions exécutives comprennent la capacité à penser de façon abstraite, à planifier, initier, organiser dans le temps, contrôler et arrêter un comportement complexe. L'altération de la pensée abstraite peut se manifester par une difficulté à faire face à des tâches nouvelles et par l'évitement de situations qui impliquent le traitement d'informations nouvelles et complexes. La capacité d'abstraction peut être évaluée formellement en demandant à la personne de trouver des similitudes et des différences entre des mots apparentés. Le dysfonctionnement exécutif se manifeste aussi par une capacité réduite à changer de contenu de pensée, à générer de nouvelles informations verbales et non-verbales, et à exécuter des activités motrices en série.

Pour évaluer les fonctions exécutives on peut demander au sujet de compter jusqu'à 10, de réciter l'alphabet, de faire ries soustractions de 7 en 7, d'énumérer autant de noms d'animaux que possible en une minute, ou de dessiner une ligne continue formée en alternance de « ni » et de « n ». Il est également utile de se renseigner auprès du sujet ou d'autres informateurs pour déterminer l'impact de la perturbation des fonctions exécutives sur la vie quotidienne (p. ex., la capacité à travailler, à planifier des activités, à gérer son argent).

Les symptômes des critères Al (altération de la mémoire) et A2 (aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives) doivent être suffisamment graves pour entraîner une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (p. ex., aller à l'école, travailler, faire des courses, s'habiller, se laver, gérer l'argent, et autres activités de la vie quotidienne) et doivent représenter un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur (Critère B). La nature et le degré de l'altération du fonctionnement cognitif sont variables ; ils dépendent souvent de l'environnement social du sujet. Un même niveau de déficit peut altérer significativement la capacité d'un

individu à accomplir un travail complexe, et n'avoir pas en revanche de retentissement sur un travail plus simple. Des échelles d'évaluation standardisée de l'autonomie physique (p. ex., de l'hygiène personnelle), du fonctionnement intellectuel et de la capacité à utiliser les outils de la vie quotidienne (p. ex., téléphoner ou se servir d'une machine à laver) permettent de mesurer la gravité de l'altération du fonctionnement. On ne porte pas le diagnostic de démence si ces symptômes surviennent exclusivement au cours d'un delirium. Toutefois, un delirium peut être surajouté à une démence préexistante, auquel cas les deux diagnostics doivent être faits.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Les sujets avant une démence peuvent être désorientés dans l'espace et avoir des difficultés dans les tâches spatiales. Le fonctionnement visuo-spatial peut être apprécié en demandant au sujet de copier des dessins, comme un cercle, des pentagones imbriqués et un cube. Une pauvreté du jugement et une méconnaissance de la maladie sont fréquents. Les sujets peuvent n'avoir que peu, ou pas conscience de la perte de mémoire ou des autres anomalies cognitives. Ils peuvent évaluer leurs capacités d'un façon non réaliste et faire des projets qui ne sont en rapport ni avec leurs déficits ni avec le pronostic de leurs troubles (p. ex., se lancer dans de nouvelles affaires). Ils peuvent sous-estimer les risques impliqués par certaines activités (p. ex., la conduite automobile). Quelquefois, ils deviennent violents et font du mal à autrui. Des tentatives de suicide peuvent survenir, notamment au début de l'évolution, lorsque le sujet peut encore mener un plan d'action à son terme. La démence s'accompagne parfois de troubles de la marche qui peuvent provoquer des chutes. Certains individus atteints de clémence ont un comportement désinhibé : ils font des plaisanteries déplacées, ils négligent leur hygiène corporelle, ils se montrent d'une familiarité excessive avec les étrangers, ou ils méconnaissent les règles conventionnelles des conduites sociales. Un discours bredouillant se rencontre dans les démences liées à une pathologie sous-corticale comme la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington et certains cas *de* Démence vasculaire. De l'anxiété, des troubles de l'humeur et du sommeil sont souvent associés aux altérations cognitives de la démence. Des idées délirantes sont fréquentes, notamment à thème de persécution (p. ex., leurs objets égarés ont été volés). Des hallucinations de toutes les modalités sensorielles, mais surtout visuelles, peuvent survenir. Le delirium est souvent surajouté à la démence car la maladie cérébrale sous- jacente augmente la vulnérabilité aux états confusionnels, éventuellement provoqués par des médicaments ou d'autres affections médicales générales en cours. Les individus atteints de démence sont particulièrement sensibles aux facteurs de stress physiques (p. ex., maladie bénigne ou petite chirurgie) et psychologiques (p. ex., aller à l'hôpital, être en deuil), qui peuvent augmenter leurs déficits intellectuels et les symptômes associés.

Examens complémentaires. A propos de chaque type particulier de clémence figure une discussion concernant les résultats d'examens complémentaires spécifiques. Les anomalies du fonctionnement cognitif et mnésique peuvent être mises en évidence par des examens de l'état mental et des tests neuropsychologiques. L'imagerie cérébrale peut aider au diagnostic différentiel de la clémence. Le scanner ou la résonance magnétique nucléaire peuvent révéler une atrophie cérébrale, des lésions cérébrales focalisées (accidents vasculaires corticaux, tumeurs, hématomes sous-ducaux), une hydrocéphalie

ou des lésions ischémiques périventriculaires. L'imagerie fonctionnelle comme la tomographie par émission de positons (PET) ou la tomographie monophotonique (SPECT) ne fait pas partie du bilan de routine de la démence mais elle peut fournir des informations utiles au diagnostic différentiel (p. ex., des modifications au niveau du lobe pariétal dans la maladie d'Alzheimer ou des anomalies au niveau du lobe frontal dans les dégénérescences du lobe frontal) quand il n'y a pas de signe de changements morphologiques au scanner ou à l'imagerie par résonance magnétique.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les résultats de l'examen physique dans la clémence dépendent de la nature, de la localisation, et du stade évolutif du processus pathologique sous-jacent. La cause la plus fréquente de démence est la maladie d'Alzheimer. Sont fréquentes aussi la Démence vasculaire et la démence due à d'autres processus neurodégénératifs, comme la maladie des corps de Lewy (dont la démence due à la maladie de Parkinson) et à la dégénérescence frontotemporale (dont la maladie de Pick). D'autres causes sont moins fréquentes et comprennent l'hydrocéphalie à pression normale, la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, les traumatismes crâniens, les tumeurs cérébrales, l'anoxie, les maladies infectieuses (p. ex., virus de l'immunodéficience humaine [VIH], la syphilis), les maladies à prions (p. ex., la maladie de Creutzfeldt-Jakob), les maladies endocriniennes (p. ex., l'hypothyroïdie, l'hypercalcémie, l'hypoglycémie), les carences vitaminiques (p. ex., la carence en thiamine, la pellagre, la carence en vitamine B12), les maladies immunitaires (p. ex., l'artérite temporale, le lupus érythémateux disséminé), certaines maladies hépatiques métaboliques (p. ex., la maladie de Kufs, l'adrénoleucodystrophie, la leucodystrophie métachromatique et autres maladies de surcharge de l'adulte et de l'enfant) ainsi que d'autres maladies neurologiques (p. ex., la sclérose en plaques).

Caractéristiques liées à la culture et à l'âge

L'évaluation des fonctions intellectuelles doit tenir compte du milieu culturel et de l'éducation. Des informations utilisées clans les tests peuvent ne pas être familières aux personnes issues de certaines cultures ou de certains milieux : tests de connaissance générale (p. ex., les noms des présidents, les notions de géographie), de mémoire (p. ex., la date de naissance clans des cultures où l'on ne célèbre pas ordinairement les anniversaires), et d'orientation (p. ex., la façon de s'orienter ou de se situer clans l'espace peut être conçue différemment selon les cultures). La prévalence des différentes causes de clémence (p. ex., des infections, des carences nutritionnelles, des traumatismes crâniens, des maladies endocriniennes, des maladies cérébro-vasculaires, des maladies épileptiques, des tumeurs cérébrales, des abus de substance) varie considérablement selon les groupes culturels.

L'âge de début de la clémence dépend de l'étiologie mais il est habituellement tardif et la prévalence la plus élevée se situe après 85 ans. Chez le très jeune enfant il peut être difficile d'objectiver la détérioration significative de la mémoire et des autres compétences cognitives qui est nécessaire au diagnostic de démence. Aussi le diagnostic de démence n'est-il pas porté avant l'âge de 4 à 6 ans. Chez les individus de moins de 18 ans ayant un retard mental un diagnostic additionnel de démence ne doit être fait que si l'état clinique n'est pas caractérisé de façon satisfaisante par le seul diagnostic de Retard mental. La démence est rare chez l'enfant et l'adolescent chez lesquels elle est due à des affections médicales générales (p. ex., un traumatisme crânien,

une tumeur cérébrale, une infection VIH, un accident vasculaire, les adrénoleucodystrophies). Chez l'enfant la démence peut se traduire par une détérioration du fonctionnement (comme chez l'adulte) ou bien par un retard ou une déviation par rapport au développement normal. Une baisse des résultats scolaires peut en être un signe précoce.

Prévalence

La prévalence de la démence varie selon les études épidémiologiques, selon l'âge des populations examinées, les moyens utilisés pour déterminer la présence, la gravité et le type d'altération cognitive et les régions ou les pays où se déroule la recherche. Les études en population générale adulte estiment la prévalence prospective sur 1 an du déficit cognitif grave à près *de* 3 %. L'outil d'évaluation clans ces études est un instrument bref, qui évalue l'état cognitif actuel (le « *Mini-Mental State Examination* ») et qui ne permet pas de faire des diagnostics spécifiques. Diverses études épidémiologiques ont montré que la prévalence de la démence, surtout la Démence de type Alzheimer, augmente avec l'âge. Les chiffres de prévalence vont de 1,4 6 1,6 % *entre* 65 et 69 ans, et atteignent 16 à 25 % après 85 ans.

Évolution

Historiquement, le terme ***démence*** impliquait une évolution progressive ou irréversible. Cependant, dans le DSM-IV, la définition de la ***démence*** repose sur un certain type d'association de déficits cognitifs et ne comporte aucune connotation pronostique. Une démence peut être progressive, stable ou bien en rémission. La réversibilité d'une démence dépend de la maladie sous-jacente, de l'existence et de la précocité d'administration d'un traitement efficace. Le mode de début et l'évolution ultérieure de la clémence dépendent également de la maladie sous-jacente. Le degré d'incapacité dépend non seulement de la gravité des altérations cognitives mais également des supports sociaux existants. A un stade avancé de démence, le sujet peut n'avoir plus aucune conscience de ce qui l'entoure et il a alors besoin de soins constants. Les personnes atteintes d'une démence grave sont sujets aux accidents et aux maladies infectieuses, qui leurs sont souvent fatals.

Diagnostic *différentiel*

On observe une altération de la mémoire dans le **delirium** comme dans la clémence. Le delirium est également caractérisé par une diminution de la capacité à maintenir et à mobiliser son attention de façon appropriée. L'évolution clinique peut aider à distinguer delirium et démence. Les symptômes du delirium ont typiquement une évolution fluctuante alors que les symptômes de la démence sont relativement stables. Des altérations cognitives multiples qui persistent sous la même forme plus de quelques mois évoquent une démence plutôt qu'un delirium. Un delirium peut être surajouté à une démence, auquel cas les deux diagnostics doivent être portés. Lorsqu'il est difficile de déterminer si les déficits cognitifs sont dus à un delirium ou à une démence, il peut être utile de faire un diagnostic provisoire de delirium et de poursuivre une observation attentive en continuant à rechercher la cause de la perturbation.

Un **trouble amnésique** est caractérisé par une altération grave de la mémoire sans altération significative d'une autre fonction cognitive (c.-à-d. sans aphasie . apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives).

L'étiologie présumée de la démence détermine son diagnostic spécifique. Si le clinicien a établi que la démence est due à des **étiologies multiples** il doit indiquer les différents codes correspondant à chacune des clémences spécifiées par leur étiologie (voir Démence due à des étiologies multiples p. 197). Dans la **Démence vasculaire** la présence de signes neurologiques en foyer (p. ex., exagération ries réflexes ostéotendineux, réflexe cutané plantaire en extension) et de signes de la maladie vasculaire aux examens complémentaires, est constatée, L'évolution de la Démence vasculaire est variable : elle se fait typiquement par paliers. Le diagnostic de **Démence due à d'autres affections médicales générales** (p. ex., maladie de Pick, maladie due au VIH) suppose que l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires appropriés mettent en évidence une affection médicale générale cause de la démence. Le mode de début (progressif ou brutal) et l'évolution de la détérioration (aigu, subaigu ou chronique) peuvent orienter vers une étiologie. Ainsi, l'altération du fonctionnement cognitif reste souvent stable après un traumatisme crânien, une encéphalite ou un accident vasculaire.

Lorsque des déficits cognitifs multiples surviennent uniquement dans le contexte de l'utilisation d'une substance, on porte le diagnostic **d'Intoxication par une substance** ou de **Sevrage d'une substance.** Lorsque la clémence résulte des effets persistants d'une substance, (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique) on porte le diagnostic **de Démence persistante induite par une substance.** Il faut toujours envisager les autres causes possibles de démence (par exemple Démence due à une affection médicale générale), même chez une personne qui présente une Dépendance à une substance. Ainsi les traumatismes crâniens ne sont pas rares chez les sujets qui utilisent des substances et peuvent expliquer la clémence. Bien que les chercheurs tentent de mettre au point des tests sensibles et spécifiques pour confirmer le diagnostic de **Démence de type Alzheimer,** celui-ci reste actuellement un diagnostic d'exclusion et il faut d'abord éliminer les autres causes possibles des déficits cognitifs (voir ci-dessus). De plus, l'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif permanent. Quand il n'y a pas suffisamment d'arguments pour établir que la démence est due à une affection médicale générale ou est induite par une substance, il faut coder **Démence non spécifiée.** Parfois seuls quelques-uns des symptômes de la démence sont présents. De tels tableaux sont à classer comme Trouble cognitif non spécifié.

Le **Retard mental** est caractérisé par un fonctionnement intellectuel général qui est au moment de l'examen significativement inférieur à la moyenne, accompagné d'altérations du fonctionnement adaptatif et par un début avant l'âge de 18 ans. Le Retard mental ne comporte pas forcément une altération de la mémoire. Par ailleurs, la clémence commence en général tard au cours de la vie. Si le début de la clémence se situe avant l'âge de 18 ans, les deux diagnostics de démence et de Retard mental peuvent être portés à la fois si les critères de ces deux troubles sont réunis. Il peut être difficile chez des enfants de moins de 4 ans d'objectiver la détérioration significative de la mémoire et des autres compétences cognitives qui est nécessaire au diagnostic de démence. Chez les individus de moins de 18 ans, le diagnostic de clémence ne doit être fait que si l'état clinique n'est pas caractérisé de façon satisfaisante par le seul diagnostic de Retard mental.

La schizophrénie peut également comporter des altérations cognitives multiples et un déclin du fonctionnement mais elle se distingue de la clémence par un âge de début en général plus précoce, par son tableau symptomatique particulier dont aucune affection médicale générale ou aucune substance ne peut rendre compte. En principe, le déficit cognitif observé dans la schizophrénie est moins sévère que celui de la démence.

Les sujets atteints d'un **Trouble dépressif majeur** peuvent se plaindre d'un affaiblissement de la mémoire, de difficultés à penser et à se concentrer et d'une réduction globale des capacités intellectuelles. Ils ont parfois de mauvaises performances à l'examen de leur état mental ou aux tests neuropsychologiques. Il est souvent difficile, particulièrement chez les personnes âgées, de déterminer si les symptômes cognitifs sont dus à la démence ou à un Épisode dépressif majeur. Un bilan médical approfondi, le mode de début de la maladie, l'ordre d'apparition des symptômes cognitifs par rapport aux symptômes dépressifs, l'évolution de la maladie, les antécédents familiaux et la réponse au traitement peuvent contribuer au diagnostic différentiel. L'état prémorbide peut aider à distinguer la « pseudo-démence » (c.-à-d. un ensemble d'altérations cognitives dues à l'Épisode dépressif majeur) de la démence. Dans la démence, le début apparent de la maladie est habituellement précédé par une période où le fonctionnement cognitif décline, alors que l'état prémorbide avant l'installation d'un épisode dépressif majeur est le plus souvent à peu près normal et l'affaiblissement cognitif associé à la dépression brutal. Si le clinicien établit qu'une démence et un trouble dépressif majeur sont tous les deux présents, chacun ayant une étiologie indépendante, il doit porter les deux diagnostics.

La démence doit être distinguée de la **Simulation** et du **Trouble factice.** Les déficits cognitifs rencontrés dans la Simulation et le Trouble Factice varient avec le temps et ne ressemblent pas à ceux de la clémence. Par exemple, un sujet présentant un Trouble factice ou une Simulation se manifestant comme une clémence sera en mesure de compter les points pendant une partie de cartes alors qu'il se prétendra incapable d'effectuer les mêmes calculs au cours d'un examen de son état mental.

La démence doit être distinguée du déclin normal du fonctionnement cognitif qui survient avec **l'âge** (comme clans le Déclin cognitif lié à l'âge). Le diagnostic de démence n'est justifié que si l'on peut mettre clairement en évidence que l'affaiblissement de la mémoire et des autres fonctions cognitives est plus important que celui qui serait dû au seul vieillissement d'une part et que les symptômes sont à l'origine d'une altération du fonctionnement social ou professionnel d'autre part.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La conception générale de la Démence est identique clans le DSM-IV et la CIM-10 (c.-à-d. une altération de la mémoire et d'autres facultés cognitives). La définition des critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 est plus étroite à plusieurs niveaux : la durée minimum de la perturbation est de 6 mois, l'altération des autres fonctions cognitives est limitée au jugement, à la pensée, et au traitement général des informations, et il faut également une « altération du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation ».

F00.xx (294.1x1 [1] Démence de type Alzheimer

Caractéristiques diagnostiques

Les déficits cognitifs (Critère A) et le critère diagnostique d'altération du fonctionnement (Critère B) sont exposés p. 172-174. Le début de la Démence de type Alzheimer est progressif et l'évolution implique un déclin cognitif continu (Critère C). Comme il est difficile d'obtenir une preuve anatomo-pathologique directe de la maladie d'Alzheimer, le diagnostic ne peut être posé qu'après avoir éliminé les autres causes possibles de démence. En particulier, les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui entraînent des déficits mnésiques ou cognitifs progressifs (p. ex., maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington), à des maladies générales pouvant provoquer une clémence (p. ex., hypothyroïdie, carence en vitamine B12, infection VIH) ou aux effets persistants d'une substance (p. ex., l'alcool) (Critère D). S'il y a une étiologie supplémentaire (p. ex., un traumatisme crânien aggravant une Démence de type Alzheimer), il faut coder les deux types de démence (voir la démence due à des étiologies multiples, p. 184). On ne porte pas le diagnostic de Démence de type Alzheimer si les symptômes surviennent de façon exclusive au cours d'un delirium (Critère E). Toutefois, un delirium peut être surajouté à une Démence de type Alzheimer préexistante, auquel cas c'est le sous-type diagnostique Avec delirium qui doit être indiqué. Enfin, les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur ou Schizophrénie) (Critère F).

Sous-types et spécifications

L'âge de début de la Démence de type Alzheimer peut être indiqué en utilisant les sous-types suivants :

À début précoce. Ce sous-type est utilisé si le début de la clémence se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif. Ce sous-type est utilisé si le début de la clémence se situe après 65 ans.

La présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement est indiquée en utilisant l'un des sous-types suivants (chacun possédant son propre code) :

.10 Sans perturbation du comportement. Ce sous-type est utilisé si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

.11 Avec perturbation du comportement. Ce sous-type est utilisé si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (p. ex., errance, agitation) du comportement.

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique dépend uniquement de la présence ou de l'absence d'une perturbation du comportement cliniquement significative, et non de l'âge de début de la

1. Codes CIM-9-MC valables à partir du 1" octobre 2000.

démence. Ainsi, le code diagnostique de la Démence de type Alzheimer, A début précoce, Sans perturbation du comportement est F00.10 [294.101 : F00.10 [294.101 pour la Démence de type Alzheimer, A début tardif, Sans perturbation du comportement ; F00.11 [294.111 pour la Démence de type Alzheimer, A début précoce, Avec perturbation du comportement ; et F00.11 [294.111 pour la Démence de type Alzheimer, A début tardif, Avec perturbation du comportement. En outre, la maladie d'Alzheimer doit être codée 351.0 sur l'Axe III.

D'autres caractéristiques cliniques marquées liées à la maladie d'Alzheimer peuvent être indiquées en codant les troubles mentaux additionnels spécifiques dus à la maladie d'Alzheimer sur l'Axe 1. Par exemple, pour indiquer la présence d'idées délirantes marquées, d'une humeur dépressive cliniquement significative, et l'apparition d'un comportement agressif durable, 293.81 Trouble psychotique dû à la maladie d'Alzheimer, Avec idées délirantes ; 293.83 Troubles de l'humeur dus à la maladie d'Alzheimer, Avec caractéristiques dépressives ; et 310.1 Modification de la personnalité due à la maladie d'Alzheimer, Type agressif, seraient aussi codés sur l'Axe I.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Voir p. 174 pour une discussion générale des caractéristiques et troubles associés à la démence. La prévalence de la Démence de type Alzheimer est plus élevée chez les individus ayant un syndrome de Down (mongolisme) et chez les individus ayant des antécédents de traumatisme crânien. Les altérations neuropathologiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer sont observées clans le cerveau des individus avant un syndrome de Down dès l'âge de 40 ans, bien que les symptômes cliniques de démence n'apparaissent habituellement que plus tard.

Examens complémentaires. 11 n'existe actuellement aucun marqueur biologique, largement reconnu, sensible et spécifique, utilisable chez le sujet vivant, dont la validité diagnostique pour la clémence de type Alzheimer serait universellement admise. Dans la majorité des cas, il existe dans la Démence de type Alzheimer une atrophie du cerveau avec un élargissement des sillons corticaux élargis et des ventricules cérébraux dilatés par rapport au processus normal de vieillissement normal. Ceci est mis en évidence par le scanner ou la résonance magnétique nucléaire. L'examen microscopique révèle en général des altérations anatomo-pathologiques : plaques séniles, dégénérescence neurofibrillaire, dégénérescence granulo-vasculaire, perte neuronale, gliose astrocytaire et angiopathie 'amyloïde. Des corps de Lewy sont parfois observés dans les neurones corticaux.

Examen physique et affections médicales générales associées. Dans les premières années de la maladie, les signes neurologiques, moteurs et sensitifs sont peu nombreux. Plus tard au cours de l'évolution, des myoclonies et des troubles de la marche peuvent apparaître. Des crises d'épilepsie surviennent dans environ 10 % des cas.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Voir p. 175 une discussion générale des caractéristiques liées à la culture et à l'âge. Les formes à début tardif (après 65 ans) de la démence de type Alzheimer sont beaucoup

plus fréquentes que les formes à début précoce. Les formes qui commencent avant l'âge de 50 ans sont rares. Le trouble est légèrement plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Prévalence

La prévalence de la Démence de type Alzheimer augmente fortement avec l'âge, passant de 0,6 % chez l'homme et 0,8 % chez la femme à 65 ans (tous degrés de sévérité confondus) à 11 % chez l'homme et 14 % chez la femme à 85 ans. A 90 ans, la prévalence atteint 21 % chez l'homme et 25 % chez la femme, et à 95 ans elle est de 36 % chez l'homme et 41 % chez la femme. Les cas modérés et sévères représentent 40 à 60 % de ces fréquences.

Évolution

Voir p. 176 une discussion générale sur l'évolution des clémences. L'évolution tend à être lentement progressive, avec une perte de 3-4 points par an à un instrument d'évaluation standardisée comme le *Mini-Mental State Examination*. Plusieurs modalités évolutives des différents déficits peuvent se présenter. Habituellement, le début est insidieux, avec un déficit précoce de la mémoire récente ; plusieurs années après, apparaissent une aphasie, une apraxie et une agnosie. De nombreux sujets présentent des modifications de la personnalité, une irritabilité accrue, et d'autres signes et symptômes comportementaux, qui apparaissent aux premiers stades et s'amplifient au cours des stades intermédiaires de la maladie. Plus tardivement, les individus peuvent présenter des troubles moteurs et des troubles de la marche puis devenir finalement mutiques et grabataires. Il s'écoule en moyenne 8 à 10 ans entre l'apparition des premiers symptômes et la mort.

Aspects familiaux

Comparativement à la population générale, les parents biologiques du premier degré des personnes atteintes d'une Démence de type Alzheimer à début précoce ont plus de risque d'avoir le même trouble. Les formes à début tardif pourraient également comporter un facteur génétique. Dans certaines familles, on a montré que la Démence de type Alzheimer se transmet sur le mode dominant avec une liaison à plusieurs chromosomes dont les chromosomes 1, 14 et 21. Toutefois, la proportion de cas liés à des anomalies spécifiques et transmissibles est inconnue. Les sujets portant un ou les deux allèles codant pour l'apolipoprotéine E-4 (ApoE4) sur le chromosome 19 présentent un risque élevé de maladie d'Alzheimer à début tardif, bien que ce gène lui-même ne soit pas une cause de la maladie.

Diagnostic différentiel

Voir p. 176 une discussion générale du diagnostic différentiel de la clémence.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Comme le DSM-IV, la CIM-10 comporte deux sous-types de Démence de type Alzheimer : à début précoce et à début tardif. Toutefois, à la différence du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour ces deux sous-types mentionnent également des caractéristiques spécifiques évolutives et concernant la nature des déficits : en cas de début précoce, il faut « un début et une évolution relativement rapides », et un type d'altération cognitive caractéristique (comme une aphasie), alors qu'en cas de début tardif, le début et le mode évolutif sont très lents et très progressifs, avec une prédominance des troubles mnésiques par rapport aux autres troubles intellectuels. Dans la CIM-10, ce trouble est dénommé Démence de la maladie d'Alzheimer.

Critères diagnostiques de FOO.xx {294.1x} la Démence de type Alzheimer

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

(2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage)

(b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

(c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 ne sont pas dus :

(1) à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p. ex., maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de FOO.xx 1294.1x1 la Démence de type Alzheimer** *(suite)*

(2) à des affections générales pouvant entraîner une clémence (p. ex., hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)
(3) à des affections induites par une substance

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur, Schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

F00.xc [294.10] Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

F00.xx [294.11] Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent dune perturbation cliniquement significative (p. ex., errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant

À début tardif : si le début se situe après 65 ans

Note de codage : Coder aussi G30.0 [331.01 Maladie d'Alzheimer à début précoce ou G30.1 Maladie d'Alzheimer à début tardif, sur l'Axe III. Indiquer les autres caractéristiques cliniques marquées liées à la maladie d'Alzheimer sur l'Axe I (p. ex., 293.83 Troubles de l'humeur dus à la maladie d'Alzheimer, Avec caractéristiques dépressives, et 310.1 Modification de la personnalité due à la maladie d'Alzheimer, Type agressif).

F01.xx [290.4x] Démence vasculaire *(auparavant* Démence par infarctus multiples)

Caractéristiques diagnostiques

Les déficits cognitifs (Critère A) et le critère diagnostique d'altération du fonctionnement (Critère B) dans la démence vasculaire sont exposés p. 160-162. Une maladie cérébro-vasculaire, que l'on juge étiologiquement liée à la démence, doit pouvoir être mise en évidence (par des signes et des symptômes neurologiques en foyer ou des anomalies aux examens complémentaires) (Critère C). Les signes et symptômes neurologiques en foyer comprennent : un réflexe cutané plantaire en extension, une

paralysie pseudo- bulbaire, des troubles de la marche, une exagération des réflexes ostéo-tendineux ou la faiblesse musculaire d'une extrémité. Le scanner cérébral et la résonance magnétique nucléaire montrent habituellement des lésions vasculaires multiples du cortex cérébral et des structures sous-corticales. On ne porte pas le diagnostic rie Démence vasculaire si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un delirium (Critère D). Toutefois, un delirium peut être surajouté à une Démence vasculaire préexistante, auquel cas c'est le sous-type diagnostique Avec delirium qui doit être indiqué.

Sous-types

Selon une convention de la CIM-9-MC, la Démence vasculaire est le seul type de clémence qui comporte des sous-types pour indiquer la présence de symptômes associés significatifs. Les sous-types suivants (chacun possédant son propre code) doivent être utilisés pour indiquer la caractéristique prédominante du tableau clinique actuel :

Avec delirium Ce sous-type est utilisé si un delirium est surajouté à la démence.

Avec idées délirantes. Ce sous-type est utilisé si les idées délirantes sont la caractéristique prédominante.

Avec humeur dépressive. Ce sous-type est utilisé si l'humeur dépressive (notamment des tableaux cliniques comportant les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique prédominante. On ne fait pas un diagnostic séparé de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.

Non compliquée. Ce sous-type est utilisé si aucun des symptômes ou syndromes ci-dessus n'est prédominant dans le tableau clinique actuel.

La spécification **Avec perturbation du comportement** (qui ne peut pas être codée) peut également être utilisée pour indiquer la présence de perturbations comportementales cliniquement significatives (p. ex., des errances).

Procédures d'enregistrement

Selon une convention de la CIM-9-MC, seuls les sous-types de la Démence vasculaire et de la Démence de type Alzheimer peuvent être codés. Pour la Démence vasculaire, les codes diagnostiques dépendent des sous-types, eux-mêmes déterminés par les caractéristiques prédominantes : F01.x0 [290.41] avec delirium, F01.x1 [290.42] avec idées délirantes, F01.x3 [290.43] avec humeur dépressive, F01.x0 [290.40] non compliqué. La spécification Avec perturbation du comportement n'est pas codée et peut s'appliquer à chacun des sous-types ci-dessus (p. ex., F01.x3 [290.43] Démence vasculaire, avec humeur dépressive, avec perturbation du comportement). En outre la maladie cérébro-vasculaire (p. ex., 164 [436] accident vasculaire) doit être codée sur l'Axe III.

N.d.T. : Pour le codage selon la CIM-10, noter également F05.1 si un delirium est surajouté à la clémence.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Voir p. 174 une discussion générale des caractéristiques et des troubles associés à la démence.

Examens complémentaires. L'étendue des lésions du système nerveux central détectées par le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dépasse en principe celle des modifications observées sur le cerveau de personnes âgées en bonne santé (p. ex., des hyperdensités périventriculaires et de la substance blanche à l'IRM). On observe souvent des lésions dans la substance blanche comme dans la substance grise, y compris dans les régions sous-corticales et au niveau des noyaux gris centraux. Des images d'infarctus anciens (p. ex., une atrophie focale) peuvent être détectées de même que des signes pathologiques plus récents. Le tracé électroencéphalographique peut traduire des lésions localisées du cerveau. De plus, les examens complémentaires peuvent montrer des signes d'affections cardiaques et vasculaires généralisées (p. ex., des anomalies de l'électrocardiogramme, des signes biologiques d'insuffisance rénale).

Examen physique et affections médicales générales associées. Les signes neurologiques habituels (les anomalies des réflexes ostéo-tendineux, la faiblesse d'une extrémité, les troubles de la marche) sont discutés dans le paragraphe « Caractéristiques diagnostiques ». On retrouve souvent une hypertension artérielle ancienne (p. ex., des anomalies du fond d'oeil, une cardiomégalie), une valvulopathie (p. ex., des bruits du coeur anormaux) ou une maladie vasculaire extra-cérébrale qui peut être à l'origine d'embols cérébraux. Un accident vasculaire unique peut entraîner un changement relativement limité de l'état mental (p. ex., une aphasie à la suite d'une lésion hémisphérique gauche ou un trouble amnésique dû à l'infarcissement du territoire des artères cérébrales postérieures), mais en général il ne provoque pas une Démence vasculaire. Celle-ci résulte en principe de la survenue, en général à des moments différents, de multiples accidents vasculaires.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Voir p. 175 une discussion générale des caractéristiques de la démence liées à la culture et à l'âge. Le début de la Démence vasculaire est typiquement plus précoce que celui de la Démence de type Alzheimer. Ce trouble semble plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

La Démence vasculaire serait beaucoup moins fréquente que la Démence de type Alzheimer.

Évolution

Voir p. 176 une discussion générale sur l'évolution de la clémence.

Le début de la démence vasculaire est typiquement brutal. Il est suivi d'une évolution fluctuante et par paliers, caractérisée par des changements rapides du fonctionnement plutôt que par une progression lente. Toutefois, l'évolution peut être

très variable et un début insidieux suivi d'un déclin progressif se rencontre également. La répartition des déficits se fait habituellement « en secteurs », selon les zones du cerveau détruites. Certaines fonctions cognitives peuvent être affectées précocement alors que d'autres restent à peu près intactes. Un traitement précoce de l'hypertension et de la maladie vasculaire peut éviter une nouvelle aggravation.

Diagnostic différentiel

Voir p. 176 une discussion générale sur le diagnostic différentiel de la démence.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La définition des critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 en ce qui concerne la Démence vasculaire est plus étroite dans la mesure où la CIM-10 précise que les déficits des fonctions cognitives supérieures sont « en secteur » et demande qu'une lésion cérébrale focalisée soit mise en évidence à la fois cliniquement et par des examens complémentaires. En outre, la CIM-10 comporte plusieurs sous-types : à début aigu, par infarctus multiples, sous-corticale, mixte, corticale et sous-corticale.

Critères diagnostiques de la F01.xx [290.4 x] Démence vasculaire

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler des informations apprises antérieurement) ;

(2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage)

(h) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

(c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner clans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de la F01.xx 1290.4 x| Démence vasculaire (su** *ile)*

C. Signes et symptômes neurologiques en foyer (p. ex., exagération des réflexes ostéo-tendineux, réflexe cutané plantaire en extension, paralysie pseudo-bulbaire, troubles de la marche, faiblesse d'une extrémité) ou mise en évidence d'après les examens complémentaires d'une maladie cérébro-vasculaire (p. ex., infarctus multiples dans le cortex et la substance blanche sous-corticale) jugée liée étiologiquement à la perturbation.

D. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium.

Codification fondée sur les caractéristiques prédominantes :

F05.1 [290.41] Avec delirium : si un delirium est surajouté à la clémence.

F01.x1 [290.42] Avec idées délirantes : si les idées délirantes sont la caractéristique prédominante.

F01.x3 **[290.43] Avec humeur dépressive :** si l'humeur dépressive (notamment des tableaux cliniques comportant les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique prédominante, on ne fait pas un diagnostic séparé de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.

F01.x0 [290.40] Non compliquée. Ce sous-type est utilisé si aucun des symptômes ou des syndromes ci-dessus ne prédomine dans le tableau actuel.

Spécifier si : (peut s'appliquer à n'importe lequel des sous-types cités ci-dessus).

Avec perturbation du comportement : s'il existe une perturbation du comportement cliniquement significative (p. ex. errance).

Note de codage : Coder également l'affection vasculaire sur l'Axe

Démence due à d'autres affections médicales générales

Caractéristiques diagnostiques

Les déficits cognitifs (Critère A) et le critère diagnostique d'altération du fonctionnement (Critère B) de la Démence due à d'autres affections médicales générales sont exposés p. 160-162. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent mettre en évidence une affection médicale générale liée étiologiquement à la démence (p. ex., une infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], un traumatisme crânien, une maladie de Parkinson, une maladie de Huntington, une maladie de Pick, une maladie de Creutzfeldt-Jakob, une hydrocéphalie à pression normale, une hypothyroïdie, une tumeur cérébrale, une carence en vitamine

B12) (Critère C). On ne porte pas le diagnostic (le Démence due à une affection médicale générale si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un delirium (Critère D). Toutefois, un delirium peut être surajouté à une démence due à une affection médicale générale préexistante, auquel cas les deux diagnostics doivent être portés.

Pour établir que la démence est due à une affection médicale générale, le clinicien doit d'abord montrer la présence d'une affection médicale générale. Ensuite, il doit prouver qu'il existe une relation étiologique entre la clémence et l'affection médicale générale par l'intermédiaire d'un mécanisme physiologique, par l'évaluation soigneuse et complète de multiples éléments. Bien qu'il n'y ait aucune règle infaillible pour démontrer que la relation entre la démence et l'affection médicale générale est d'ordre étiologique, plusieurs points sont à prendre en considération. L'existence d'une relation temporelle entre le début ou l'aggravation de l'affection médicale générale et le début ou l'aggravation des déficits cognitifs est à prendre en compte. Les données de la littérature qui établissent un lien direct entre l'affection médicale générale en cause et l'apparition d'une démence fournissent des arguments importants dans l'évaluation d'une situation particulière. En outre, le clinicien doit estimer que la perturbation ne peut pas être attribuée à une Démence de type Alzheimer, une Démence vasculaire, une Démence persistante induite par une substance ou un autre trouble mental (p. ex., un Trouble dépressif majeur). Cette question est exposée de façon plus détaillée dans le chapitre « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209). Voir p. 174 une discussion générale des caractéristiques et des troubles associés à la démence.

Sous-types

La présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement est indiquée en utilisant l'un des sous-types suivants (chacun possédant son propre code) :

.10 Sans perturbation du comportement. Ce sous-type est utilisé si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

.11 Avec perturbation du comportement. Ce sous-type est utilisé si les troubles cognitifs s'accompagnent dune perturbation cliniquement significative (p. ex., errance, agitation) du comportement.

Procédures d'enregistrement

Les codes diagnostiques sont établis selon la présence d'une perturbation cliniquement significative du comportement (c.-à-d. le code diagnostique F02.8 [294.10] s'applique lorsqu'il n'y a pas de perturbation cliniquement significative du comportement, et F02.8 [294.11] s'applique lorsqu'une perturbation cliniquement significative du comportement accompagne les déficits cognitifs). Le code ICD-9-MC de la maladie qui est la cause de la démence doit également être noté sur l'Axe III (p. ex., 332.0 maladie de Parkinson, 331.1 maladie de Pick, 244.9 hypothyroïdie). (Voir Annexe G la liste des codes diagnostiques ICD-9-MC pour les affections médicales générales).

Chez un patient déjà atteint d'une démence, un Delirium dû à une affection médicale générale surajouté doit être noté en codant à la fois la clémence et le delirium sur l'Axe I (p. ex., F02.3 [294.1] Démence due à la maladie de Parkinson et F05.0 [293.0] Delirium dû à une encéphalopathie hépatique). Ceci est donc différent de la Démence vasculaire, pour laquelle le sous-type Avec delirium est spécifié.

D'autres caractéristiques cliniques marquées liées à l'affection médicale générale peuvent être indiquées en codant les troubles mentaux additionnels spécifiques dus à l'affection médicale générale sur l'Axe I. Par exemple, pour indiquer la présence d'idées délirantes marquées, d'une humeur dépressive cliniquement significative, et une modification de la personnalité dans le sens d'une personnalité labile chez un sujet ayant une Démence due à une maladie de Parkinson, 293.81 Trouble psychotique dû à la maladie de Parkinson, Avec idées délirantes ; 293.83 Troubles de l'humeur dus à la maladie de Parkinson, Avec caractéristiques dépressives ; et 310.1 Modification de la personnalité due à la maladie d'Alzheimer, Type labile, seraient aussi codés sur l'Axe I.

F02.4 [294.1x] Démence due à la maladie du VIH

La caractéristique essentielle de la Démence due à la maladie du VIH est la présence d'une démence considérée comme la conséquence physiopathologique directe de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine. L'examen anatomo-pathologique montre le plus souvent une destruction diffuse, multifocale de la substance blanche et des structures sous-corticales. On peut observer une protéïnorachie normale ou légèrement augmentée et une légère lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. Le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] peut habituellement être directement isolé dans le LCR. La démence résultant directement d'une infection du système nerveux par le VIH est typiquement caractérisée par des oublis, une lenteur, des difficultés de concentration et dans la résolution de problèmes. Les manifestations comportementales les plus habituelles sont l'apathie et le retrait social, qui peuvent être quelquefois accompagnés par un delirium, des idées délirantes ou des hallucinations. L'examen physique peut montrer un tremblement, une maladresse dans les mouvements alternatifs rapides, un déséquilibre, une ataxie, une hypertonie, une hyperreflexivité ostéo-tendineuse généralisée, des signes de désinhibition frontale et des anomalies dans les mouvements de poursuite oculaire et dans les mouvements saccadés de la Démence due au virus VIH peut également toucher les enfants chez qui elle se traduit typiquement par un retard du développement, une hypertonie, une microcéphalie et une calcification des ganglions de la hase. La démence associée à l'infection par le VIH peut être également la conséquence de tumeurs du système nerveux central (p. ex., lymphome cérébral primitif) et d'infections opportunistes (p. ex., toxoplasmose, infection à cytomégalovirus, cryptococcose, tuberculose et syphilis, lesquelles déterminent alors le diagnostic (p. ex., F02.8 [294.11 Démence due à la toxoplasmose). Des infections systémiques ou des néoplasies rares (p. ex., la pneumonie *à Pneumocystis carinii* ou le sarcome de Kaposi) peuvent compléter le tableau.

F02.8 [294.1x] Démence due à un traumatisme crânien

La caractéristique essentielle de la Démence due à un traumatisme crânien est la présence d'une démence considérée comme la conséquence physiopathologique directe d'un traumatisme crânien. Le degré et la nature des altérations cognitives ou des perturbations comportementales dépendent de la localisation et de l'étendue des lésions cérébrales. L'amnésie posttraumatique est fréquente de même qu'une altération

1. Code CIM-9-MC valable à partir du 1[er] octobre 2000.

persistante de la mémoire. Divers autres symptômes comportementaux peuvent être présents, associés ou non à des déficits moteurs ou sensitifs. On peut observer une aphasie, une agressivité accrue ou d'autres modifications de la personnalité. Une Intoxication par l'alcool ou par une autre substance est fréquente chez les sujets victimes de traumatismes crâniens et il peut y avoir de façon concomitante un Abus ou une Dépendance à une substance. Les traumatismes crâniens surviennent principalement chez l'homme jeune et il y aurait une association avec les conduites à risque. Quand la clémence est la conséquence d'un traumatisme unique, elle est en général non évolutive ; en revanche, la répétition des traumatismes crâniens (p. ex., chez les boxeurs) peut conduire à une clémence progressive (appelée dementia pugilistica). Lorsqu'un déclin progressif du fonctionnement cognitif fait suite à un traumatisme crânien unique, il faut rechercher l'existence d'un autre processus pathologique tel qu'une hydrocéphalie ou un Épisode dépressif majeur.

F02.3 [294.1x] Démence due à la maladie de Parkinson

La caractéristique essentielle de la Démence due à la maladie de Parkinson est la présence d'une démence considérée comme la conséquence physiopathologique directe de la maladie de Parkinson. La maladie de Parkinson est une affection neurologique lentement progressive caractérisée par un tremblement, une rigidité, une bradykinésie et une instabilité posturale. La démence surviendrait approximativement chez 20 à 60 % des individus atteints d'une maladie de Parkinson et serait plus fréquente chez les sujets âgés ou chez ceux dont la maladie est plus grave ou plus avancée. La démence associée à la maladie de Parkinson est caractérisée par un ralentissement cognitif et moteur, un dysfonctionnement exécutif et une altération du rappel mnésique. Le déclin des performances cognitives dans la maladie de Parkinson est souvent aggravé par la dépression. A l'examen physique, les signes moteurs caractéristiques sont retrouvés : un tremblement de repos, une motricité pauvre et ralentie (se traduisant par exemple par une micrographie), ou une rigidité musculaire et la perte des mouvements associés. À l'autopsie, la perte neuronale et la présence des corps de Lewy sont évidentes dans la substance noire. De nombreux syndromes comportent une démence, des troubles moteurs parkinsoniens et d'autres signes neurologiques (p. ex., la paralysie supranucléaire progressive, l'atrophie olivo-ponto- cérébelleuse et la Démence vasculaire). Chez certains sujets ayant une maladie de Parkinson et une démence, l'autopsie montre à la fois les altérations neuropathologiques de la maladie d'Alzheimer et celles de la maladie des corps de Lewy. La démence due à la maladie des corps de Lewy, en l'absence de signes d'une maladie de Parkinson (comme un tremblement, une rigidité, une roue dentée) doit être diagnostiquée Démence due à la maladie des corps de Lewy, l'une des démences dues à d'autres affections médicales générales (voir p. 193).

F02.2 1294.1)0 [1] Démence due à la maladie de Huntington

La caractéristique essentielle de la démence due à la maladie de Huntington est la présence d'une démence considérée comme la conséquence physiopathologique directe d'une maladie de Huntington. La maladie de Huntington est une maladie dégénérative héréditaire progressive touchant le fonctionnement cognitif et émotionnel ainsi que la

1. Code CIM-9-MC valable à partir du I' octobre 2000.

motricité. Elle frappe également les cieux sexes et elle est transmise par un seul gène autosomal dominant qui se trouve sur le bras court du chromosome 4. Le diagnostic est habituellement porté autour de la quarantaine ; cela étant, la maladie peut commencer beaucoup plus tôt, vers 4 ans, dans les formes juvéniles ou beaucoup plus tard, vers 85 ans, dans les formes à début tardif. Le début de la maladie de Huntington est souvent annoncé par des modifications insidieuses du comportement et de la personnalité y compris par de la dépression, *de* l'irritabilité et de l'anxiété. Certains individus présentent des mouvements anormaux, qui ressemblent d'abord à une agitation motrice avant de devenir des mouvements choréo-athétosiques généralisés caractéristiques. Des difficultés du rappel mnésique, des perturbations des fonctions exécutives et du jugement sont fréquentes au début de l'évolution ; le déficit de la mémoire devient plus sévère avec la progression de la maladie. Une désorganisation du discours et des caractéristiques psychotiques sont parfois observées. Tardivement clans l'évolution de la maladie, l'imagerie cérébrale morphologique peut montrer des « ventricules en forme de wagons » caractéristiques de l'atrophie du striatum. La tomographie à émission de positons (PET) peut montrer une hypométabolisme du striatum au début de la maladie. Dans la descendance d'individus atteints d'une maladie de Huntington, 50 % risquent d'avoir la maladie. Un test génétique détermine avec une relative certitude si un sujet à risque sera atteint par la maladie ; toutefois, il est préférable que ces tests soient réservés à des centres expérimentés clans le conseil génétique et le suivi de sujets à risque pour la maladie de Huntington.

F02.0 [294.1x][1] Démence due à la maladie de Pick

La caractéristique essentielle de la Démence due à la maladie de Pick est la présence d'une démence considérée comme la conséquence physiopathologique directe d'une maladie de Pick. La maladie de Pick est une maladie dégénérative du cerveau affectant particulièrement les lobes frontaux et temporaux. Comme les autres clémences du lobe frontal, la maladie de Pick est caractérisée cliniquement par des modifications précoces de la personnalité, une détérioration des compétences sociales, un émoussement affectif, une désinhibition comportementale et d'importantes anomalies du langage. Les difficultés mnésiques, l'apraxie et d'autres caractéristiques de la clémence surviennent habituellement plus tardivement dans l'évolution. L'observateur peut être frappé par la présence de réflexes archaïques (réflexe de la moue, réflexe de succion, réflexe de préhension ou *grasping).* Lorsqu'elle progresse, la démence peut comporter soit une apathie soit une agitation extrême. Les troubles du langage, de l'attention ou du comportement sont parfois si sévères qu'il est difficile d'apprécier réellement le degré d'affaiblissement du fonctionnement cognitif. L'imagerie cérébrale structurale montre typiquement une atrophie frontale et/ou temporale marquée et l'imagerie cérébrale fonctionnelle peut localiser un hypométabolisme fronto-temporal, même en l'absence d'une atrophie structurale nette. C'est le plus souvent entre 50 et 60 ans que le trouble se manifeste mais il peut commencer à un âge plus avancé. La maladie de Pick est une des entités pathologiques distinctes au sein d'un groupe hétérogène de processus démentiels qui sont en relation avec une atrophie cérébrale fronto-temporale. Le diagnostic spécifique d'une démence frontale telle que la maladie de Pick est fait en général à l'autopsie sur la présence d'inclusions intra-neuronales argentophiles

1. Code CIM-9-MC valable à partir du 1er octobre 2000

caractéristiques : les corps de Pick. Cliniquement, il est fréquent que la maladie de Pick ne puisse *être* distinguée avec certitude de certaines maladies d'Alzheimer atypiques ou d'autres clémences frontales. La clémence due à une dégénérescence fronto-temporale autre que la maladie de Pick doit être diagnostiquée Démence due à une dégénérescence fronto-temporale, l'une des clémences dues à d'autres affections médicales générales (voir p. 193).

F02.1 [294.1)0 [1] Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob

La caractéristique essentielle de la Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob est la présence d'une clémence considérée comme la conséquence physiopathologique directe d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob. La maladie de Creutzfeldt-Jakob fait partie des encéphalopathies subaiguës spongiformes, maladies du système nerveux central dues à des agents transmissibles dénommés « virus lents » ou prions. La maladie de Creutzfeldt-Jakob se manifeste typiquement par une triade clinique : démence, mouvements involontaires (en particulier des myoclonies) et activité électroencéphalographique périodique. Cependant, clans près de 25 % des cas, la présentation de la maladie est atypique et le diagnostic ne peut être confirmé qu'à la biopsie ou à l'autopsie par la présence d'altérations neuropathologiques spongiformes. La maladie de Creutzfeldt- Jakob peut apparaître à tout âge chez l'adulte mais particulièrement entre 40 et 60 ans. Il pourrait y avoir une composante familiale clans 5 à 15 % des cas. La phase prodromique de la maladie de Creutzfeldt-Jakob comporte de la fatigue, de l'anxiété ou des troubles de l'appétit, du sommeil ou de la concentration. Après plusieurs semaines peuvent s'installer, en même temps qu'une démence rapidement progressive, une incoordination, une altération de la vision, des troubles de la marche ou des mouvements anormaux qui peuvent être myocloniques, choréo-athétosiques ou balliques. La maladie évolue le plus souvent très rapidement en quelques mois, bien que, plus rarement, l'évolution puisse durer quelques années et soit semblable à celle des autres clémences. Bien qu'il n'y ait pas d'anomalies caractéristiques à l'examen du liquide céphalo-rachidien, des marqueurs biologiques fidèles sont en cours de développement. L'imagerie cérébrale peut montrer une atrophie non spécifique. Dans la plupart des cas, l'électroencéphalogramme révèle, à un moment de l'évolution, des décharges pointues périodiques, souvent triphasiques et synchrones ayant une fréquence de 0,5-2 Hz. L'agent transmissible qui serait responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jakob est résistant à l'ébullition, au formol, à l'alcool et aux radiations ultraviolettes mais il peut être inactivé par le passage à l'autoclave ou par l'eau de Javel. Des cas de transmission par greffe de cornée et par injection d'hormone de croissance humaine ont été documentés et des cas isolés de transmission à des soignants ont été rapportés. Par conséquent, des précautions devraient être observées universellement en milieu neurochirurgical ou lorsqu'on entreprend une biopsie ou une autopsie cérébrale avec des produits biologiques et du matériel qui ont pu se trouver au contact de tissu « à risque ». La possibilité d'une transmission entre espèces des infections à prions, avec des agents très proches de ceux de la forme humaine, a maintenant été démontrée (p. ex., l'apparition d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob, variante humaine d'encéphalopathie spongiforme bovine [maladie de la vache folle], au Royaume-Uni au milieu des années 1990).

1. Code CIM-9-MC valable à partir du 1" octobre 2000.

F02.8 [294.1x] Démence due à d'autres affections médicales générales

En plus des catégories spécifiques décrites plus haut, un certain nombre d'autres affections médicales générales peuvent être la cause d'une démence. Deux parmi les plus fréquentes sont la neurodégénérescence liée aux corps de Lewy (« démence des corps de Lewy ») et la dégénérescence focale des lobes frontaux et pariétaux (« clémence fronto-temporale »). La Démence due à la maladie de Parkinson est un exemple de la première (voir p. 190) et la Démence due à la maladie de Pick est un exemple de la seconde (voir p. 191). La connaissance des caractéristiques descriptives, de l'évolution et de l'étiologie de la démence due à la maladie des corps de Lewy sans maladie de Parkinson et de la démence due à la dégénérescence fronto-temporale autre que la maladie de Pick nécessite de nouvelles recherches. Les autres affections associées à la démence sont des affections comportant des lésions structurales (tumeurs cérébrales primitives ou secondaires, hématome sous-dural, hydrocéphalie à évolution lente ou à pression normale), affections endocriniennes (hypothyroïdie, hypercalcémie, hypoglycémie), affections nutritionnelles (carence en thiamine, en vitamine B12, pellagre), autres affections infectieuses (neurosyphilis, cryptococcose), maladies immunologiques (p. ex., l'artérite temporale, le lupus érythémateux disséminé), perturbations des fonctions rénales et hépatiques, affections métaboliques (p. ex., la maladie de Kufs, l'adrénoleucodystrophie, la leucodystrophie métachromatique et d'autres maladies de surcharge de l'adulte et de l'enfant), ainsi que d'autres maladies neurologiques (p. ex., la sclérose en plaques). Certaines causes inhabituelles de lésions du système nerveux central comme un choc électrique ou une irradiation intracrânienne ressortent de façon claire de l'histoire de la maladie. Quant à des maladies rares comme les maladies de surcharge de l'enfant ou de l'adulte, elles sont reconnues à partir des antécédents familiaux ou de tableaux cliniques particuliers. Les résultats de l'examen physique et des examens complémentaires, de même que les autres caractéristiques cliniques, dépendent de la nature et de la gravité de l'affection médicale générale.

Diagnostic différentiel

Voir p. 176 une discussion générale du diagnostic différentiel de la démence.

Critères diagnostiques de F02.8 [294.1x] la Démence due à d'autres affections médicales générales

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler des informations apprises antérieurement) ;

(2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage)

(suite)

1. Code CIM-9-MC valable à partir du 1er octobre 2000.

❑ **Critères diagnostiques de Démence due à d'autres affections médicales générales** *(suite)*

(h) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
(c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous.

D. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution (l'un delirium.

Codification fondée sur l'affection médicale générale.

■ **F02.4 [294.1x] Démence due à la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**

N.-B. : Coder aussi B22.0 {043.1} Infection VIH touchant le système nerveux central sur l'Axe III.

■ **F02.8 [294.1x] : Démence due à un traumatisme crânien**

N.-B. : Coder aussi S09.9 {854.00} Traumatisme crânien sur l'Axe III.

■ **F02.3 [294.1x] : Démence due à la maladie de Parkinson**

N.-B. : Coder aussi G20 [332.0] Maladie de Parkinson sur l'Axe Ill.

■ **F02.2 [294.1x] : Démence due à la maladie de Huntington**

N.-B. : Coder aussi G10 {333.4} maladie (le Huntington sur l'Axe III.

■ **F02.0 [294.1x] Démence due à la maladie de Pick**

N.-B. : Coder aussi 631.0 [331.1] maladie de Pick sur l'Axe III.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de Démence due à d'autres affections médicales générales** *(suite)*

- **F02.1 [294.1x] Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob**

  N.-B. : Coder aussi A81.0 [040.1] maladie de Creutzfeldt-Jakob sur l'Axe III.

- **F02.8 [294.1x] : Démence due à... [Indiquez l'affection médicale générale ne figurant pas sur la liste ci-dessus]**

  Par exemple, hydrocéphalie à pression normale, hypothyroïdie, tumeur cérébrale, carence en vitamine B12, irradiation intracrânienne

  N.-B. : Coder aussi l'affection médicale générale sur l'Axe III..

Démence persistante induite par une substance

Caractéristiques diagnostiques et caractéristiques associées

Les déficits cognitifs (Critère A) et le critère diagnostique d'altération du fonctionnement (Critère B) sont exposés p. 172-174. On peut porter le diagnostic de Démence persistante induite par une substance si les symptômes persistent au-delà de la durée habituelle d'une Intoxication ou d'un Sevrage à une substance et s'ils ne surviennent pas exclusivement au cours d'un delirium (Critère C). Cependant un delirium peut être surajouté à une Démence persistante induite par une substance préexistante, auquel cas les deux diagnostics doivent être portés. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent mettre en évidence que les déficits sont liés étiologiquement aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique) (Critère D). Cette démence est dénommée « persistante » parce que le trouble persiste bien au-delà de la période d'intoxication ou de sevrage.

Les caractéristiques associées à la Démence persistante induite par une substance sont celles des clémences en général (voir p. 174). La plupart des sujets atteints, ***même*** s'ils peuvent être actuellement abstinents, ont rempli dans le passé les critères diagnostiques de Dépendance à une substance par une utilisation intense et prolongée de cette substance. Ces troubles persistant longtemps après l'arrêt de l'utilisation de la substance, la recherche de la substance dans le sang ou dans les urines peut être négative. La Démence persistante induite par une substance commence rarement avant l'âge de 20 ans. Habituellement, le début est insidieux avec une évolution lente pendant une période où le diagnostic approprié est celui de Dépendance à une substance. Une amélioration peut survenir dans quelques cas, mais habituellement les déficits sont permanents voire s'aggravent même après arrêt de la drogue. Pour une discussion plus

détaillée des caractéristiques associées aux Troubles liés à l'utilisation d'une substance, voir p. 221.

Procédures d'enregistrement

Le diagnostic comporte le nom de la substance spécifique (p. ex., l'alcool), présumée à l'origine de la clémence. Pour ce qui est du code diagnostique, il faut se référer à la liste de classes de substances figurant dans les critères diagnostiques. Il convient d'utiliser le code « Autre substance » pour les substances qui ne correspondent à aucun de ces codes. En outre, pour les médicaments prescrits à doses thérapeutiques, le nom du médicament spécifique peut être indiqué en utilisant le code E approprié (voir Annexe G). Lorsque plusieurs substances peuvent être mises en cause dans le développement d'une démence persistante, chacune d'entre elles doit être enregistrée séparément (p. ex., F10.73 [291.2] Démence persistante induite par l'alcool ; F18.73 [292.821 Démence persistante induite par un solvant volatil). Si l'on juge qu'une substance est la cause d'une clémence, mais qu'on ignore la nature de la substance elle-même ou de la classe de substance, il faut porter le diagnostic de F19.73 [292.821 Démence persistante induite par une substance inconnue.

Substances spécifiques

La Démence persistante induite par une substance peut être due aux classes de substances suivantes : alcool, solvants volatils ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; substances autres ou inconnues. Les médicaments sont notamment les anticonvulsivants et le méthotrexate intrathécal. Les substances toxiques sont le plomb, le mercure, le monoxyde de carbone, les insecticides organophosphorés et les solvants industriels.

Diagnostic différentiel

Voir p. 176 une discussion générale du diagnostic différentiel de la démence.

F 1 x.73 Critères diagnostiques de Démence persistante induite par une substance

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

(2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage)

(b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de Démence persistante induite par une substance** *(suite)*

(e) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours d'un delirium et persistent au-delà de la durée habituelle d'une Intoxication ou d'un Sevrage à une substance.

D. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires que les déficits sont liés étiologiquement aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament).

Codification de la Démence persistante induite par une substance :
(F10.73 [291.2] Alcool ; F18.73 [292.82] Solvants volatils ; F13.73 [292.82] Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.73 [292.82] Substance autre [ou inconnue]

F02.8 Démence due à des étiologies multiples

La catégorie Démence due à des étiologies multiples est introduite dans ce manuel pour attirer l'attention des cliniciens sur la fréquence des démences avant plusieurs étiologies. Plusieurs affections médicales générales peuvent être en cause (p. ex., Démence de type Alzheimer et Démence due à un traumatisme crânien) ou bien la clémence peut être due à la fois à une affection médicale générale (p. ex., maladie de Parkinson) et à l'utilisation prolongée d'une substance (p. ex., Démence persistante induite par l'alcool).

Procédures d'enregistrement

La clémence due à des étiologies multiples F02.8 ne possède pas de code séparé et ne doit pas être enregistrée comme un diagnostic. Par exemple, ce sont à la fois les diagnostics de Démence de type Alzheimer et de Démence vasculaire qui doivent être portés chez un sujet atteint d'une Démence de type Alzheimer à début tardif, non compliquée, dont le déficit cognitif s'aggrave de façon significative au fur et à mesure

de la survenue d'accidents vasculaires cérébraux multiples. Dans cet exemple, le clinicien doit noter à la fois 294.10 Démence de type Alzheimer, A début tardif, Sans perturbation du comportement, et 290.40, Démence vasculaire, Non compliquée, sur l'Axe 1, et 331.0 maladie d'Alzheimer et 436 Accident vasculaire cérébral sur l'Axe

Critères diagnostiques de F02.8 Démence due à des étiologies multiples

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
   (1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
   (2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
      (a) aphasie (perturbation du langage)
      (b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
      (c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
      (d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. Les déficits cognitifs des critères Al et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation a plusieurs étiologies (p. ex., traumatisme crânien en plus de l'utilisation chronique d'alcool, Démence de type Alzheimer avec apparition secondaire d'une Démence vasculaire).

D. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium.

Nom de codage : Utiliser les divers codes correspondant aux différentes démences spécifiques et étiologies spécifiques, par exemple F00.10 [294.101 Démence de type Alzheimer, avec début tardif, non compliquée F01.x0 [290.40] Démence vasculaire, non compliquée.

F03 [294.8] Démence non spécifiée

Il faut utiliser cette catégorie pour faire le diagnostic d'une démence qui ne répond aux critères d'aucun des types spécifiques de démence décrits dans ce chapitre. Il en est ainsi d'un tableau clinique de clémence pour lequel on manquerait d'arguments en faveur d'une étiologie spécifique.

Les troubles amnésiques sont caractérisés par une perturbation de la mémoire qui est due soit aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale soit aux

Troubles amnésiques

effets persistants d'une substance (c.à.d. une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique). Les troubles de cette section ont en commun une altération de la mémoire, mais ils se différencient par leur étiologie. Les caractéristiques diagnostiques décrites ci-après se rapportent au Trouble amnésique dû à une affection médicale générale (p. ex., un traumatisme, une carence vitaminique) et au Trouble amnésique persistant induit par une substance (incluant les effets secondaires des médicaments). En outre, le Trouble amnésique non spécifié s'applique aux cas où le clinicien est dans l'impossibilité de déterminer une étiologie spécifique à la perturbation de la mémoire. Le texte et les critères diagnostiques concernant les Troubles dissociatifs qui comportent une perte de mémoire ne figurent pas dans ce chapitre mais dans celui des Troubles dissociatifs (voir p. 599).

Caractéristiques diagnostiques

Les individus souffrant d'un trouble amnésique ont une altération de leur capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler des informations apprises antérieurement ou des événements passés (Critère A). La perturbation de la mémoire doit être suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel et doit représenter un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur (Critère B). La perturbation de la mémoire ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium ou d'une démence (Critère C). La capacité à apprendre et à se rappeler des informations nouvelles est toujours atteinte dans un trouble amnésique alors que les difficultés à se souvenir d'informations apprises antérieurement sont plus variables selon la localisation et la gravité de la lésion cérébrale. Le déficit mnésique apparaît surtout dans les tâches de rappel spontané ; il peut être évident également lorsque les stimulus ne doivent être rappelés qu'après un certain délai. Selon la zone cérébrale touchée, le déficit peut affecter principalement les stimulus verbaux ou visuels. Dans certaines formes de trouble amnésique, les sujets peuvent se souvenir d'éléments du passé très lointain mieux que d'événements plus récents (p. ex., une personne peut avoir un souvenir vivant et détaillé d'un séjour à l'hôpital ayant eu lieu dix ans auparavant mais n'avoir aucune idée qu'elle se trouve actuellement à l'hôpital).

Le diagnostic ne doit pas être porté si l'altération de la mémoire survient exclusivement au cours d'un delirium (c.-à-d. seulement dans le contexte particulier d'une réduction de la capacité à maintenir et à déplacer son attention). Typiquement, la capacité à répéter immédiatement une série séquentielle d'éléments d'information (p. ex., la mémoire de chiffres) n'est pas altérée dans un trouble amnésique. Au contraire, une altération de ce type suggère l'existence d'un trouble attentionnel qui peut orienter plutôt vers un delirium. 11 ne faut pas non plus porter le diagnostic s'il existe d'autres déficits cognitifs (p. ex., aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives), qui sont caractéristiques d'une démence. Le trouble amnésique peut provoquer une altération majeure du fonctionnement social et professionnel qui, à l'extrême, nécessite une surveillance quotidienne pour assurer une alimentation et des soins appropriés.

Caractéristiques et troubles associés

Un trouble amnésique est souvent précédé par un tableau de confusion, de désorientation, avec quelquefois des troubles de l'attention qui suggèrent un delirium (p. ex., le Trouble amnésique dû à une déficience en thiamine). Une confabulation qui se traduit souvent par le récit d'événements imaginaires destinés à compenser des « trous de mémoire », peut être observée aux premiers stades d'un trouble amnésique mais elle a tendance à disparaître avec le temps. Il peut donc être important d'obtenir auprès des membres de la famille ou d'autres personnes des informations pour corroborer ou non ce que dit le sujet. Une amnésie profonde peut provoquer une désorientation dans l'espace et le temps, rarement en revanche une non- reconnaissance de soi-même. Celle-ci peut être rencontrée clans la démence, mais elle est inhabituelle dans le trouble amnésique. La plupart des sujets présentant un Trouble amnésique sévère ne se rendent pas compte de leurs déficits mnésiques et peuvent les nier catégoriquement contre toute évidence. Cette non-conscience de la maladie peut les conduire à des accusations contre autrui ou, plus rarement, à de l'agitation. Certains reconnaissent « avoir un problème » mais ils semblent indifférents. Une apathie, un manque d'initiative, un émoussement affectif, ou d'autres modifications suggérant un changement de la personnalité peuvent s'observer. Ces individus peuvent être superficiellement amicaux ou agréables mais ils peuvent avoir aussi une gamme d'expression affective étroite ou diminuée. Les personnes atteintes d'une amnésie globale transitoire apparaissent souvent perplexes ou embrouillées. Des déficits discrets d'autres fonctions cognitives peuvent être constatés, mais, par définition, ils ne sont pas assez sévères pour entraîner une altération du fonctionnement cliniquement significative. L'évaluation neuropsychologique quantitative montre souvent des déficits spécifiques de la mémoire, en l'absence d'autres perturbations cognitives. La performance aux tests standardisés qui évaluent le rappel d'événements historiques illustres ou de personnages publics peut être variable selon les individus et selon la nature et l'étendue du déficit.

Caractéristiques culturelles spécifiques

L'évaluation de la mémoire doit tenir compte du milieu culturel et de l'éducation. Des informations utilisées clans certains tests de mémoire peuvent ne pas être familières aux personnes issues de certaines cultures et de certains milieux (p. ex., la date de naissance dans des cultures où l'on ne célèbre pas ordinairement les anniversaires).

Évolution

L'âge de début et l'évolution des troubles amnésiques est assez variable selon le processus pathologique primaire en cause. Les troubles amnésiques dus à des traumatismes crâniens, à des accidents vasculaires cérébraux ou d'autres affections cérébro-vasculaires, ou à certains types spécifiques d'intoxication ou d'exposition à des produits neurotoxiques (p. ex., l'empoisonnement par le monoxyde de carbone) comportent plutôt des débuts aigus. D'autres situations, comme l'abus prolongé de substance, l'exposition chronique à des produits neurotoxiques, une carence nutritionnelle prolongée conduisent plutôt à des troubles amnésiques à début insidieux. L'amnésie transitoire de cause cérébro-vasculaire peut être récurrente, les épisodes durant entre quelques heures et quelques jours. La durée des Troubles amnésiques dus

à un traumatisme crânien est variable, mais il existe une évolution caractéristique Où le degré du déficit est plus important immédiatement après le traumatisme, après quoi une amélioration se produit durant les deux années suivantes (une amélioration au-delà de ce délai a été constatée, mais plus rarement). Les troubles dus à une destruction des structures moyennes du lobe temporal (par infarctus, ablation chirurgicale ou malnutrition clans le contexte d'une dépendance à l'alcool) peuvent entraîner des handicaps persistants.

Diagnostic différentiel

L'altération de la mémoire est aussi une caractéristique du **delirium** et de la **démence.** Dans le delirium, les troubles de la mémoire sont associés à une perturbation de la conscience, avec une diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention. Dans la démence, l'altération de la mémoire est accompagnée de déficits cognitifs multiples (c.-à-d. aphasie, apraxie, agnosie, ou perturbation des fonctions exécutives) qui aboutissent à une altération cliniquement significative du fonctionnement.

Il faut distinguer le trouble amnésique de l'**Amnésie dissociative** et de l'Amnésie observée dans les **autres troubles dissociatifs** (par exemple le **Trouble dissociatif de l'identité).** Par définition, un trouble amnésique est dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale ou de l'utilisation d'une substance. De plus l'amnésie des Troubles dissociatifs ne comporte pas en principe de déficit dans l'apprentissage ou le rappel d'informations nouvelles ; les individus présentent plutôt une incapacité limitée au rappel de certains souvenirs habituellement traumatiques ou stressants.

Lorsque les perturbations mnésiques (par exemple des trous de mémoire) surviennent seulement au cours de l'intoxication ou du sevrage d'une drogue, il faut porter le diagnostic **d'Intoxication par une substance** ou de **Sevrage d'une substance** et ne pas porter de diagnostic séparé de trouble amnésique. Lorsque les perturbations mnésiques sont dues à l'utilisation de médicaments on peut noter : Effets secondaires non spécifiés d'un médicament (p. 847), le médicament étant indiqué par l'utilisation du code E approprié (voir Annexe G).

L'étiologie présumée du trouble amnésique détermine le diagnostic (le texte et les critères correspondant à chacun des diagnostics de trouble amnésique sont présentés séparément plus loin dans ce chapitre). Si l'on estime que la perturbation mnésique est une conséquence des effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (dont le traumatisme crânien), il faut porter le diagnostic de **Trouble amnésique dû à une affection médicale générale.** Si la perturbation mnésique est la conséquence des effets persistants d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique), il faut porter le diagnostic de Trouble amnésique persistant induit par une substance. Lorsque une substance (p. ex., l'alcool) et une affection médicale générale (p. ex., un traumatisme crânien) ont joué toutes les deux un rôle étiologique dans le développement de la perturbation mnésique, il faut porter les deux diagnostics. S'il n'est pas possible de mettre en évidence une étiologie spécifique (c.-à-d. une étiologie dissociative, un trouble induit par une substance, ou un trouble dû à une affection médicale générale), il convient de diagnostiquer un **Trouble amnésique non spécifié.**

Le trouble amnésique doit être distingué de la **Simulation** et du **Trouble factice.** Peuvent contribuer à cette distinction difficile les tests systématiques de mémoire (dont

les résultats manquent souvent de cohérence dans le Trouble factice ou la Simulation), et l'absence d'une affection médicale générale ou d'utilisation d'une substance.

Le trouble amnésique doit être distingué du **Déclin cognitif lié à l'âge,** caractérisé par une baisse du fonctionnement de la mémoire qui se situe à l'intérieur des normes correspondant à l'âge du sujet.

Correspondance avec les Critères diagnotisques pour la recherche de la CIM-10

La définition des critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 est plus étroite dans la mesure où ceux-ci requièrent à la fois une réduction de la capacité à apprendre des informations nouvelles *et* une réduction de la capacité à se souvenir, altération des faits anciens, de même qu'une préservation de la mémoire immédiate. Dans la CIM-10, *ce* trouble est dénommé Syndrome amnésique organique.

F04 [294.01 Trouble amnésique dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques et caractéristiques associées

Les caractéristiques descriptives du Trouble amnésique dû à une affection médicale générale (Critère A-C) sont exposées p. 186. Pour que ce diagnostic soit porté, l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent en outre mettre en évidence que la perturbation de la mémoire est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (parmi lesquelles un traumatisme physique) (Critère D).

Pour établir que la perturbation de la mémoire est due à une affection médicale générale, le clinicien doit d'abord montrer la présence d'une affection médicale générale. Puis, il doit prouver qu'il existe une relation étiologique entre la perturbation mnésique et l'affection médicale générale par l'intermédiaire d'un mécanisme physiologique, par l'évaluation soigneuse et complète de multiple éléments. Bien qu'il n'y ait aucune règle infaillible pour démontrer que la relation entre le trouble amnésique et l'affection médicale générale, est d'ordre étiologique, plusieurs points sont à prendre en considération. L'existence d'une relation temporelle entre le début, l'aggravation, ou la rémission de l'affection médicale générale et le début, l'aggravation ou la rémission du trouble amnésique est à prendre en compte. En second lieu, la présence de caractéristiques cliniques atypiques pour un trouble dissociatif ou un autre trouble mental (p. ex., un âge de début ou une évolution atypiques) est importante. Les données (le la littérature qui établissent un lien direct entre l'affection médicale générale en cause et l'apparition de l'altération de la mémoire fournissent des arguments importants dans une situation clinique particulière. En outre, le clinicien doit estimer que la perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble dissociatif, un Trouble amnésique persistant induit par une substance ou un autre trouble mental primaire (p. ex., un Trouble dépressif majeur). Cette question est exposée de façon plus détaillée dans le chapitre « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209).

Les individus souffrant d'un Trouble amnésique dû à une affection médicale générale présentent souvent d'autres caractéristiques de la maladie systémique ou cérébrale primaire qui est à l'origine de l'altération de la mémoire. Toutefois, les anomalies de l'état mental peuvent constituer les seules manifestations cliniques. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique ne montrent aucune caractéristique spécifique ou ayant une valeur diagnostique. Néanmoins, les lésions des structures médianes du lobe temporal sont fréquentes et peuvent se traduire par une dilatation du troisième ventricule ou des cornes temporales ou bien par une atrophie structurale à l'IRM.

Spécifications

On peut utiliser les spécifications suivantes pour indiquer la durée de la perturbation.

Transitoire. Cette spécification s'applique à des durées du trouble amnésique habituellement de quelques heures à quelques jours, inférieures en tout cas à un mois. Lorsque le diagnostic est porté au cours du premier mois, sans attendre la guérison, on peut ajouter le terme « provisoire ». « L'amnésie globale transitoire » est une forme particulière de trouble amnésique caractérisée par une incapacité totale et transitoire à apprendre des informations nouvelles et une incapacité variable à se rappeler d'événements survenus juste avant ou bien au moment de l'affection cérébro-vasculaire qui en est la cause.

Chronique. Cette spécification s'applique à des perturbations qui durent plus d'un mois.

Procédures d'enregistrement

Pour coder le diagnostic de Trouble amnésique dû à une affection médicale générale, le clinicien doit noter l'affection médicale générale qui a été identifiée comme étant la cause de la perturbation sur l'Axe I (p. ex., F04 [294.0] Trouble amnésique dû à un accident vasculaire cérébral). Le code CIM-9-MC de l'affection médicale générale doit aussi être noté sur l'Axe III (p. ex., 436 Accident vasculaire cérébral). (Voir Annexe G une liste des codes diagnostiques CIM-9-MC pour les affections médicales générales.)

Affections médicales générales associées

Le trouble amnésique est souvent la conséquence de processus pathologiques (p. ex., traumatisme crânien fermé, blessures pénétrantes par des projectiles, intervention chirurgicale, hypoxie, infarcissement du territoire de l'artère cérébrale postérieure, encéphalite hépatique) qui provoquent des lésions des structures spécifiques diencéphaliques et temporales médianes (p. ex., corps mamillaires, hippocampe, fornix). Les lésions pathologiques sont le plus souvent bilatérales mais des atteintes unilatérales peuvent également entraîner ces déficits. Le trouble amnésique transitoire, sous la forme de **l'«** amnésie globale transitoire » est typiquement associé à une maladie cérébro-vasculaire dans le système vertébro-basilaire. Des affections médicales générales périodiques peuvent également provoquer un Trouble amnésique transitoire (p. ex., affections métaboliques ou crises convulsives).

Diagnostic différentiel

Voir p. 201 une discussion du diagnostic différentiel des troubles amnésiques.

• Critères diagnostiques du F04 [294.0] Trouble amnésique dû à... [Indiquez l'affection médicale générale]

A. Apparition d'une altération de la mémoire dont témoigne une altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement.

B. La perturbation de la mémoire est à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représente un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. La perturbation de la mémoire ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium ou d'une démence.

D. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (notamment un traumatisme physique).

Spécifier si :

Transitoire : si l'altération de la mémoire dure un mois ou moins
Chronique : si l'altération de la mémoire dure plus d'un mois

Note de codage : Noter le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I, p. ex., F04 [294.0] Trouble amnésique dû à un traumatisme crânien; mentionnez également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir Annexe G pour les codes).

Trouble amnésique persistant induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques et caractéristiques associées

Les caractéristiques descriptives du Trouble amnésique persistant induit par une substance (Critère A et B) sont exposées p. 199-200. La perturbation de la mémoire ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium ou d'une démence et persiste au-delà de la durée habituelle d'une Intoxication par une substance ou d'un Sevrage d'une substance (Critère C). En outre, pour que le diagnostic de Trouble amnésique persistant induit par une substance soit porté, l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent mettre en évidence que la perturbation de la mémoire est liée étiologiquement aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, une

substance toxique) (Critère D). Ce trouble est dénommé « persistant » parce que la perturbation de la mémoire persiste bien au-delà de la période d'Intoxication ou de Sevrage.

Les caractéristiques associées du Trouble amnésique persistant induit par une substance sont celles des troubles amnésiques en général (voir p. 200). La plupart des sujets atteints, même s'ils peuvent être actuellement abstinents, ont rempli dans le passé les critères diagnostiques de Dépendance à une substance par une utilisation intense et prolongée de cette substance. Ces troubles persistant longtemps après l'arrêt de l'utilisation de la substance, la recherche de la substance dans le sang ou les urines peut être négative. Le trouble commence rarement avant l'âge de 20 ans. L'altération du fonctionnement qui en résulte peut rester stable ou s'aggraver, même si l'utilisation de la substance cesse. Pour une discussion plus détaillée des caractéristiques associées aux Troubles liés à l'utilisation d'une substance, voir p. 221.

Procédures d'enregistrement

Le diagnostic comporte le nom de la substance spécifique (p. ex., alcool, secobarbital) présumée à l'origine de la perturbation de la mémoire. Pour ce qui est du code diagnostique, il faut se référer à la liste des classes de substances figurant dans les critères diagnostiques. Il convient d'utiliser le code « Autres substances » pour les substances auxquelles aucun des codes ne correspond. En outre, pour les médicaments prescrits à doses thérapeutiques, le nom du médicament spécifique peut être indiqué en utilisant le code E approprié (voir Annexe G). Lorsqu'il y a plusieurs substances qui peuvent être mises en cause dans le développement de la perturbation mnésique, chacune d'entre elles doit être enregistrée séparément (p. ex., F10.6 [291.1] Trouble amnésique persistant induit par l'alcool ; F13.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par le secobarbital). Si l'on juge qu'une substance est la cause du trouble amnésique, mais qu'on ignore la nature de la substance elle-même ou de la classe de substances, il faut porter le diagnostic de F19.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par une substance inconnue.

Substances spécifiques

Le Trouble amnésique persistant induit par une substance peut être dû aux classes de substances suivantes : alcool, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; substances autres ou inconnues.

Le Trouble amnésique persistant induit par l'alcool est dû, semble-t-il, à la déficience vitaminique liée à l'ingestion massive et prolongée d'alcool. Parmi les caractéristiques associées, on peut observer des perturbations neurologiques comme une neuropathie périphérique, une ataxie cérébelleuse et une myopathie. Le Trouble amnésique persistant induit par l'alcool dû à une déficience en thiamine (syndrome de Korsakoff) succède souvent à un épisode aigu d'encéphalopathie de Wernicke, affection neurologique se manifestant par une confusion, une ataxie, des anomalies des mouvements oculaires (paralysie oculomotrice, nystagmus) et d'autres signes neurologiques. Petit à petit ces manifestations disparaissent mais il reste une altération majeure de la mémoire. Le traitement précoce de l'encéphalopathie de Wernicke par de fortes doses de thiamine peut prévenir l'apparition du trouble amnésique persistant induit par l'alcool. Bien que l'âge ne soit pas un facteur étiologique spécifique dans cette affection,

les individus chez lesquels apparaît un Trouble amnésique persistant induit par l'alcool ont en général des antécédents de consommation massive d'alcool pendant de nombreuses années, et ils ont le plus souvent dépassé l'âge de 40 ans. Bien que le mode de début typique soit brutal, chez certains sujets des déficits provoqués par des agressions toxiques et des carences nutritionnelles répétées s'installent insidieusement sur une période de plusieurs années, avant qu'un dernier épisode survienne, responsable d'une altération du fonctionnement beaucoup plus importante, liée apparemment à la carence thiaminique. Une fois installé, le Trouble amnésique persistant induit par l'alcool dure en général indéfiniment, bien que l'on puisse observer une légère amélioration avec le temps et, dans une minorité des cas, une rémission. Le handicap est habituellement très sévère et peut nécessiter une prise en charge et une surveillance tout au long de la vie. Le Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peut survenir après une utilisation massive et prolongée de substances de cette classe. L'évolution est variable, et à la différence du Trouble amnésique persistant induit par l'alcool, une guérison complète est possible. Les médicaments pouvant provoquer des troubles amnésiques sont notamment les anticonvulsivants et le méthotrexate intrathécal. Les produits toxiques pouvant entraîner des symptômes d'amnésie sont notamment le plomb, le mercure, le monoxyde de carbone, les insecticides organophosphorés et les solvants industriels.

***Diagnostic** différentiel*

Voir p. 201 une discussion générale du diagnostic différentiel des troubles amnésiques.

F 1 x.6 Critères diagnostiques du Trouble amnésique persistant induit par une substance

A. Apparition d'une altération de la mémoire dont témoigne une altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement.

B. La perturbation de la mémoire est à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représente un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. La perturbation de la mémoire ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium ou d'une clémence et persiste au-delà de la durée habituelle d'une Intoxication ou d'un Sevrage par une substance.

D. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation de la mémoire est liée étiologiquement aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament).

(suite)

☐ F1x.6 Critères diagnostiques du Trouble amnésique persistant induit par une substance *(suite)*

Codification du Trouble amnésique persistant induit [par une substance spécifique] :
(F10.6 [291.1] Alcool ; F13.6 [292.83] Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.6 [292.83] Substance autre (ou inconnue)

R41.3 [294.81 Trouble amnésique non spécifié

Il faut utiliser cette catégorie pour faire le diagnostic d'un trouble amnésique qui ne répond aux critères d'aucun des types spécifiques de troubles amnésiques décrits dans ce chapitre.

Un tableau clinique d'amnésie pour lequel on manquerait d'arguments en faveur d'une étiologie spécifique (c.-à-cl. dissociative, induite par une substance ou due à une affection médicale générale) en est un exemple.

Autres troubles cognitifs

F06.x ou F07.x (294.91 Trouble cognitif non spécifié

Cette catégorie est réservée aux troubles qui sont caractérisés par un dysfonctionnement cognitif dont on présume qu'il est dû à l'effet physiologique direct d'une affection médicale générale, mais qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles spécifiques décrits dans ce chapitre : delirium, clémences ou troubles amnésiques, et qui ne seraient pas classés de manière plus adéquate comme Delirium non spécifié, Démence non spécifiée ou Trouble amnésique non spécifié. Lorsque le dysfonctionnement cognitif est dû à une substance spécifique ou inconnue, il faut utiliser la catégorie spécifique du Trouble lié à l'utilisation d'une substance non spécifiée. Par exemple :

1. (F06.7) Trouble neuro-cognitif léger : altération du fonctionnement cognitif mise en évidence par des tests neuropsychologiques ou par une évaluation clinique quantifiée, accompagnée de signes objectifs d'une affection médicale générale systémique ou d'un dysfonctionnement du système nerveux central (voir p. 878 les critères proposés pour la recherche).
2. (F07.2) Trouble postcommotionnel : altération de la mémoire ou de l'attention et symptômes associés dans les suites d'un traumatisme crânien (voir les critères proposés pour la recherche).

Troubles mentaux dus à une affection médicale générale

Un trouble mental dû à une affection médicale générale est caractérisé par la présence de symptômes psychiques considérés comme une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. Le terme *affection médicale générale* se rapporte à des affections enregistrées sur l'Axe **III** et répertoriées, dans la CIM, en dehors du chapitre « Troubles mentaux » (voir l'annexe G pour une liste condensée de ces affections). Comme cela a déjà été mentionné dans l'‹ Introduction » de ce manuel, le maintien d'une distinction entre trouble mental et affection médicale générale n'implique pas que ces deux entités soient conçues de façon fondamentalement différente, que les troubles mentaux soient sans rapport avec des facteurs ou des processus physiques ou biologiques, ou que les troubles physiques n'aient pas de relation avec des facteurs ou des processus comportementaux ou psychosociaux. La distinction entre troubles mentaux et affections médicales générales a pour but d'encourager les évaluations rigoureuses et de fournir un terme facilitant la communication entre les professionnels de santé. Cependant, en pratique clinique, on s'attend à ce qu'une terminologie plus spécifique soit utilisée pour identifier une affection spécifique particulière.

Dans le DSM-III-R, les Troubles mentaux dus à une affection médicale générale et les Troubles induits par une substance étaient regroupés dans la même section sous le terme « Troubles organiques ». Cette distinction des troubles mentaux « organiques » en tant qu'entité séparée impliquait que des troubles mentaux « non organiques » ou fonctionnels » pouvaient d'une certaine manière être sans rapport avec des facteurs ou des processus physiques ou biologiques. Le DSM-IV élimine le terme *organique* et distingue les troubles mentaux sans étiologie spécifiée de ceux dus à une affection médicale générale et de ceux induits par une substance. Le terme *Trouble mental primaire* est utilisé pour indiquer les troubles mentaux non dus à une affection médicale générale et non induits par une substance.

Les critères de trois de ces troubles (c.-à-d., **Trouble catatonique dû à une affection médicale générale, Modification de la personnalité due à une affection médicale générale** et **Trouble mental non spécifié dû à une affection médicale générale)** sont repris dans cette section. Les critères des autres affections citées ci-après se trouvent dans les sections du manuel en rapport avec la phénoménologie présentée. Le manuel a été conçu de cette façon pour que, lors du diagnostic différentiel, l'attention du clinicien soit attirée par ces troubles.

F05.0 [293.0] Delirium dû à une affection médicale générale
(Voir p. 165 pour les critères diagnostiques).

F02.8 Démence due à une affection médicale générale
(Voir p. 193 pour les critères diagnostiques).

F04 [294.0] Trouble amnésique dû à une affection médicale générale
(Voir p. 204 pour les critères diagnostiques).

F06.x [293.8x] Trouble psychotique dû à une affection médicale générale
(Voir p. 391 pour les critères diagnostiques).

F06.3x [293.83] Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
(Voir p. 465 pour les critères diagnostiques).

F06.4 [293.84] Trouble anxieux dû à une affection médicale générale
(Voir p. 553 pour les critères diagnostiques).

F06.8 Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale (Voir p. 648 pour les critères diagnostiques).

G47.x [780.5x] Trouble du sommeil dû *à une* affection médicale générale
(Voir p. 756 pour les critères diagnostiques).

Caractéristiques diagnostiques

Pour chaque trouble mental dû à une affection médicale générale, on retrouve les trois critères suivants :

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 affection médicale générale.

L'application de ce critère requiert deux jugements indépendants : qu'une affection médicale générale soit présente (mise en évidence par l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires) et que la perturbation (p. ex., des symptômes thymiques, psychotiques ou anxieux) soit étiologiquement liée, par un mécanisme physiologique, à l'affection médicale générale. On doit pouvoir déterminer si oui ou non la perturbation est ou n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale qui peut souvent prendre l'allure d'une fausse dichotomie, à savoir que l'affection médicale générale peut contribuer pour une part seulement mais non en totalité à l'étiologie de la perturbation. Dans tous les cas, bien qu'il n'existe pas de directives infaillibles pour décider du lien étiologique entre la perturbation et l'affection médicale générale, certains éléments peuvent orienter la prise de décision. Un élément est la notion d'une relation temporelle entre la survenue, l'exacerbation ou la rémission de l'affection médicale générale et celles du trouble mental (p. ex., des symptômes anxieux survenant chez un individu présentant un adénome parathyroïdien qui disparaissent après qu'une résection chirurgicale ait rétabli la calcémie à des valeurs normales). Bien que des arguments en faveur d'une étroite relation

temporelle soient très souvent utiles pour se faire une opinion de l'étiologie, il v a de nombreuses exceptions. Par exemple le Trouble psychotique dû à l'épilepsie peut apparaître de nombreuses années après la survenue de l'épilepsie. Ou bien des symptômes ou des signes cliniques d'un trouble mental peuvent être parmi les premières manifestations d'une maladie générale ou cérébrale en apparaissant des mois ou plus avant l'identification (lu processus pathologique sous-jacent (p. ex., l'humeur dépressive précédant les mouvements choréiformes de la maladie (le Huntington). De plus, un trouble mental dû à une affection médicale générale peut être sensible à un traitement symptomatique même si l'affection médicale générale reste inchangée. Un traitement centré sur l'affection médicale générale, qui réduit les symptômes de celle-ci en même temps que ceux de la perturbation mentale, peut apporter des arguments décisifs en faveur d'une relation de causalité.

Un autre élément important est la présence de caractéristiques atypiques d'un Trouble mental primaire. L'exemple le plus courant concerne l'évolution ou l'âge de survenue (p. ex., l'apparition de symptômes de type schizophrénique pour la première fois à l'âge de 75 ans). On peut rencontrer des caractéristiques associées inhabituelles (p. ex., des hallucinations visuelles ou tactiles au cours d'un épisode de type dépression majeure), ou des caractéristiques diagnostiques d'une sévérité disproportionnée compte tenu de la présentation clinique générale (p. ex., une perte de poids de 25 kg chez un individu présentant des symptômes dépressifs légers doit faire suggérer la présence d'une affection médicale générale sous-jacente). Le clinicien doit être particulièrement attentif à la présence de déficits cognitifs significatifs et sans commune mesure avec ceux typiquement rencontrés dans le trouble mental primaire.

Des descriptions clans la littérature en faveur d'une association bien établie ou fréquemment rencontrée entre une affection médicale générale et la phénoménologie d'un trouble mental spécifique peuvent être utiles pour l'évaluation d'un cas particulier. De telles études peuvent apporter des arguments en faveur d'un lien étiologique probable entre les symptômes psychiques et l'affection médicale générale (p. ex., une lésion localisée ou un mécanisme physiopathologique susceptible d'affecter le fonctionnement cérébral) et en faveur d'un taux de prévalence élevé de symptômes psychiques (c.-à-d., au dessus du taux de base d'une population contrôle appropriée) chez les individus présentant cette affection médicale générale. Bien que ce type d'argument suggère un lien causal éventuel entre un trouble mental et une affection médicale générale particulière, il est insuffisant pour prendre une décision dans un cas individuel, parce que les recherches cliniques reflètent des moyennes estimées à partir de groupes d'individus, alors que le clinicien cherche à prendre une décision qui concerne un seul individu. Le texte accompagnant la description de chaque Trouble mental spécifique dû à une affection médicale générale comprend une liste de certaines affections médicales pouvant être associés, d'après la littérature, au Trouble.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental

Lorsque l'on pose un diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale, il est nécessaire d'exclure un trouble mental primaire ou induit par une substance. Exclure un trouble mental primaire est souvent difficile parce que les individus présentant un trouble mental primaire ont fréquemment une affection médicale générale concomitante mais sans que cette dernière ne cause les symptômes psychiques par un mécanisme physiologique direct. Une série d'autres relations entre un trouble mental et une affection médicale générale peuvent exister : l'affection médicale géné-

rale peut exacerber les symptômes ou compliquer le traitement d'un trouble mental, les deux peuvent être liés sans intervention d'un mécanisme physiologique direct ; ou leur coexistence peut être fortuite. Par exemple, lorsque des symptômes dépressifs sont déclenchés par le stress psychosocial que constitue une affection médicale générale plutôt que par ses effets physiologiques directs, le diagnostic doit être Trouble dépressif majeur ou Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Chez un individu présentant des symptômes dépressifs concomitants d'une affection médicale générale, la mise en évidence de nombreux Épisodes dépressifs majeurs antérieurs ou d'antécédents familiaux de dépression doivent faire suggérer un diagnostic de Trouble dépressif majeur plutôt que celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale. Enfin, le clinicien doit également vérifier si les symptômes psychiques sont dus à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à une substance toxique (voir p. 241 pour des directives). Cela est particulièrement important car beaucoup d'individus présentant une affection médicale générale prennent des médicaments susceptibles de provoquer un Trouble mental induit par une substance.

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium

Si les symptômes (p. ex., psychotiques, thymiques, anxieux) surviennent exclusivement pendant des périodes de delirium, ils sont considérés comme des caractéristiques associées au delirium et ne justifient pas un diagnostic distinct. Ces affections (p. ex., Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale) ne peuvent être diagnostiquées séparément que si elles surviennent en dehors d'un delirium.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale, le clinicien doit indiquer sur l'Axe I à la fois le type de perturbation mentale et l'affection médicale générale causale (p. ex., F06.32 [293.831 Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie, avec des caractéristiques dépressives). Par ailleurs, le code CIM- 10 [CIM-9-MC] pour l'affection médicale générale doit être enregistré sur l'Axe III (p. ex., E03.9 1244.91 hypothyroïdie). Quand le clinicien estime que les symptômes psychiques ne sont pas dus aux effets physiologiques directs de l'affection médicale générale, le trouble mental primaire doit être enregistré sur l'Axe I et l'affection médicale générale sur l'Axe III. (Voir l'annexe G pour une sélection des codes diagnostiques CIM-9-MC des affections médicales générales.)

Diagnostic différentiel

Un Trouble mental dû à une affection médicale générale se distingue d'un trouble mental primaire par les critères présentés plus haut sous « Caractéristiques diagnostiques ». Lorsque les symptômes d'un trouble mental et ceux d'une affection médicale générale coexistent, il est particulièrement important de déterminer s'il existe une relation étiologique entre les deux et si cette relation implique un lien physiologique direct (dans ce cas, on doit faire un diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale) ou un autre mécanisme (dans ce cas, on doit faire un diagnostic de trouble mental primaire). Dans certains cas, le développement d'une affection médicale générale ou la présence d'une incapacité associée peut précipiter ou exacerber un trouble

mental, sans que cela n'implique un mécanisme physiologique connu (p. ex., l'incapacité associée à une ostéoarthrite peut jouer un rôle dans l'apparition de symptômes dépressifs ou d'un Épisode dépressif majeur sans qu'il y ait de mécanisme physiologique connu sous-tendant une relation étiologique entre l'arthrite et les symptômes dépressifs). Dans cette situation, le trouble mental primaire (c.-à-d., Trouble de l'adaptation ou Trouble dépressif majeur) doit être noté sur l'Axe I et l'affection médicale générale (c.-à-d., l'ostéoarthrite) sur l'Axe III.

Un Trouble mental dû à une affection médicale générale doit aussi être distingué d'un Trouble induit par une substance. S'il y a des éléments en faveur d'une utilisation récente ou prolongée d'une substance (y compris les médicaments ayant des effets psychoactifs), d'un sevrage à une substance, ou d'une exposition à une substance toxique, un diagnostic de Trouble induit par une substance doit être considéré. H peut être utile de faire un dépistage urinaire ou sanguin ou un autre examen complémentaire approprié. Les symptômes survenant pendant ou juste après (c.-à-d., dans les 4 semaines) une intoxication significative ou un sevrage à une substance ou à un médicament peuvent être particulièrement indicatifs d'un Trouble induit par une substance, et ceci en fonction du type ou de la quantité de substance ou de sa durée d'utilisation.

Un delirium, une démence, des symptômes psychotiques, thymiques, anxieux ou en rapport avec le sommeil ainsi qu'un dysfonctionnement sexuel peuvent être dus aux effets combinés d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance (y compris certains médicaments). Dans ces situations les deux diagnostics doivent être posés (p. ex., Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et Trouble de l'humeur induit par une substance). S'il n'est pas possible de préciser si les symptômes psychiques sont causés par une substance ou une affection médicale générale on doit utiliser la catégorie non spécifiée (voir ci-après).

La présentation clinique d'un Trouble mental dû à une affection médicale générale comprend souvent un mélange de symptômes (p. ex., thymiques et anxieux). Dans ce cas, il est préférable, en général, d'attribuer un seul diagnostic en fonction du symptôme prédominant. Dans certaines situations il est impossible *de* déterminer si les symptômes psychiques sont primaires, dus à une affection médicale générale ou induits par une substance. Dans ce cas, on doit utiliser la catégorie non spécifiée.

F06.1 [293.89] Trouble catatonique dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'un Trouble catatonique dû à une affection médicale générale est la présence d'une catatonie jugée être due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. La catatonie se manifeste par au moins une des caractéristiques suivantes : immobilité, activité motrice excessive, négativisme extrême ou mutisme, bizarrerie des mouvements volontaires, écholalie ou échopraxie (Critère A). On doit mettre en évidence, par l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. (Critère B). On ne porte pas le diagnostic si

la catatonie est mieux expliquée par un autre trouble mental (pex., Épisode maniaque) (Critère C) ou si elle survient exclusivement au cours d'un delirium (Critère D).

L'immobilité peut se manifester par de la catalepsie (flexibilité cireuse) ou de la stupeur. L'activité motrice excessive est apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures. Un négativisme extrême se manifestant par une résistance à tout ordre et le maintien d'une position rigide s'opposant aux tentatives destinées à la modifier peuvent être retrouvées. Les particularités des mouvements volontaires se manifestent par le maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre ou des grimaces manifestes. L'écholalie est la répétition apparemment dénuée de sens, à la manière d'un perroquet, de mots ou de phrases venant d'être prononcés par une autre personne.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic de Trouble catatonique dû à une affection médicale générale, le clinicien doit indiquer sur l'Axe I à la fois l'aspect phénoménologique propre à la perturbation et l'affection médicale générale identifiée comme étant responsable de la perturbation (p. ex., F06.1 [293.89] Trouble catatonique dû à une tumeur cérébrale maligne). Le code CIM-10 [CIM-9-MC] pour l'affection médicale générale (p. ex., C71.9 [191.9] tumeur cérébrale maligne) doit par ailleurs être enregistrée sur l'Axe III. (Voir l'annexe G pour une sélection des codes diagnostiques CIM-9-MC des affections médicales générales.)

Affections médicales générales associées

De nombreuses affections médicales générales peuvent être à l'origine d'une catatonie, en particulier certaines affections neurologiques (p. ex., néoplasmes, traumatisme crânien, maladie cérébro-vasculaire, encéphalite) et métaboliques (p. ex., hypercalcémie, encéphalopathie hépatique, homocystinurie, acidocétose diabétique). Les résultats de l'examen physique, les examens complémentaires, la prévalence et le mode de survenue sont ceux de l'affection médicale générale responsable.

Diagnostic différentiel

On ne porte pas un diagnostic distinct de Trouble catatonique dû à une affection médicale générale si la catatonie survient exclusivement au cours d'un delirium. Si l'individu prend des neuroleptiques, un diagnostic de Trouble des mouvements induit par une substance doit être considéré (p. ex., une posture anormale peut être due à une dystonie aiguë induite par un neuroleptique). Les symptômes catatoniques peuvent aussi faire partie d'une Schizophrénie ou d'un Trouble de l'humeur. La Schizophrénie, type catatonique, se distingue par l'absence d'arguments en faveur d'une affection médicale générale étiologiquement liée à la catatonie, et par la présence d'autres symptômes caractéristiques de la schizophrénie (p. ex., idées délirantes, hallucinations, relâchement des associations, symptômes négatifs). De même, un Trouble de l'humeur avec caractéristiques catatoniques se différencie par l'absence d'arguments en faveur d'une affection médicale générale étiologiquement liée à la catatonie et par la présence de symptômes répondant aux critères d'Épisode dépressif majeur ou maniaque.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 sont plus restrictifs que ceux du DSM-IV en ce sens qu'ils requièrent à la fois la présence d'une stupeur, d'un négativisme ou d'une excitation catatonique et d'une alternance rapide entre la stupeur et l'excitation. Dans la CIM-10, ce trouble est dénommé Trouble catatonique organique.

Critères diagnostiques du F06.1 [293.89] Trouble catatonique dû *à... [Indiquer l'affection médicale générale]*

A. Présence d'une catatonie se manifestant par une immobilité, une activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures), un négativisme extrême ou du mutisme, une bizarrerie des mouvements volontaires ou de l'écholalie ou de l'échopraxie.

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 affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., un Épisode maniaque).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

Note de codage : ajouter le nom de l'affection somatique sur l'Axe I, p. ex., F06.1 [293.891 Trouble catatonique lié à une encéphalopathie hépatique ; enregistrer également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir l'annexe G pour les codes.)

F07.0 [310.1] Modification de la personnalité due à une affection médicale générale

La caractéristique essentielle d'une Modification de la personnalité due à une affection médicale générale consiste en une perturbation persistante de la personnalité jugée être une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. 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, par 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 affection médicale générale. (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 delirium ou si les symptômes répondent aux critères de démence (Critère D). La perturbation doit aussi être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants (Critère E).

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 proportion avec un quelconque stress psychosocial déclenchant, une apathie marquée, de la méfiance et une idéation paranoïaque. La phénoménologie du changement de personnalité peut être notée à partir de la liste ci-dessous. Un individu présentant ce trouble est souvent décrit par son entourage comme « n'étant plus lui-même ». Le diagnostic est enregistré sur l'Axe I bien que ce trouble partage le terme personnalité » avec les Troubles de la personnalité enregistrés sur l'Axe II. 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 (incapacité à reconnaître des déficits corporels ou fonctionnels comme une hémiparésie), une inconsistance motrice et d'autres déficits neurologiques.

Sous-types

La particularité de la modification de la personnalité peut être spécifiée en indiquant quelle présentation symptomatologique prédomine le tableau clinique

Type labile. Ce sous-type est utilisé si la caractéristique prédominante est une labilité affective.

Type désinhibé. Ce sous-type est utilisé si la caractéristique prédominante est un faible contrôle des impulsions (p. ex., responsable de conduites sexuelles inconsidérées).

Type agressif. Ce sous-type est utilisé si la caractéristique prédominante est un comportement agressif.

Type apathique. Ce sous-type est utilisé si la caractéristique prédominante est une apathie marquée et de l'indifférence.

Type paranoïaque. Ce sous-type est utilisé si la caractéristique prédominante est rie la méfiance ou une idéation paranoïaque.

Type autre. Ce sous-type s'applique aux présentations symptomatiques qui ne sont caractérisées par aucun des sous-types ci-dessus.

Type combiné. Ce sous-type est utilisé si le tableau clinique est dominé par plus d'une caractéristique.

Type non spécifié.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic de Modification de la personnalité due à une affection médicale générale, le clinicien doit indiquer sur l'Axe I à la fois l'aspect phénoménologique propre à la perturbation, y compris le sous-type approprié, et l'affection médicale générale jugée responsable de la perturbation (p. ex., F07.0 [310.1] Modification de la personnalité causée par un lupus érythémateux disséminé, type paranoïaque). Le code CIM-9-MC pour l'affection médicale générale (p. ex., M32.1 [710.0] lupus érythémateux disséminé) doit par ailleurs être enregistré sur l'Axe III. (Voir l'annexe G pour une sélection des codes diagnostiques CIM-9-MC des affections médicales générales.)

Affections médicales générales associées

De nombreuses affections neurologiques et d'autres affections médicales générales peuvent causer des modifications de la personnalité. Exemples : néoplasies du système nerveux central, traumatismes crâniens, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Huntington, épilepsie, maladies infectieuses touchant le système nerveux central (p. ex., virus de l'immunodéficience humaine), affections endocriniennes (p. ex., hypothyroïdie, hypo- ou hypercorticisme) affections auto-immunes (p. ex., lupus érythémateux disséminé). Le résultat de l'examen physique, les examens complémentaires et le mode de prévalence et de survenue sont ceux de l'affection médicale générale responsable.

Diagnostic différentiel

Les **affections médicales générales chroniques** provoquant (les douleurs et une incapacité peuvent aussi être associées à des modifications de la personnalité. On ne porte le diagnostic de Modification de la personnalité due à une affection médicale générale que si un mécanisme physiopathologique direct peut être établi. Ce diagnostic ne peut être porté si la modification est due à un ajustement comportemental ou psychologique en réponse à une affection médicale générale (p. ex. des comportements de dépendance peuvent résulter d'un besoin d'assistance après un traumatisme crânien sévère, une maladie cardiovasculaire ou une démence). Une modification de la personnalité est une caractéristique fréquemment associée au **delirium** ou à la **démence.** On ne porte pas un diagnostic distinct de Modification de la personnalité due à une affection médicale générale si le changement survient exclusivement au cours d'un **delirium.** Toutefois, le diagnostic de Modification de la personnalité due à une affection médicale générale peut être porté en plus du diagnostic de démence si la modification de la personnalité occupe une place prépondérante dans la présentation clinique. De plus, on ne porte pas le diagnostic de Modification de la personnalité due à une affection médicale générale si la perturbation est mieux expliquée par un **autre Trouble mental dû à une affection médicale générale** (p. ex Trouble de l'humeur dû à une tumeur cérébrale, avec caractéristiques dépressives).

Des modifications de la personnalité peuvent aussi survenir dans le contexte d'une **Dépendance à une substance,** particulièrement si la dépendance est de longue durée. 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 la personnalité et l'utilisation d'une substance, la catégorie non

spécifiée concernant la substance spécifique peut être utilisée (p. ex., Trouble lié à l'utilisation de cocaïne, non spécifié).

Des changements marqués de la personnalité peuvent aussi être une **caractéristique associée à un autre trouble mental** (p. ex., Schizophrénie, Trouble délirant, Trouble de l'humeur, Trouble des impulsions non spécifié, Trouble panique). Toutefois, dans ces affections, aucun facteur physiologique spécifique n'est jugé étiologiquement lié à la modification de la personnalité. Les deux conditions distinguant une Modification de la personnalité causée par une affection médicale générale d'un **Trouble de la personnalité** sont un changement cliniquement significatif par rapport aux modes antérieurs de fonctionnement de la personnalité et la présence d'une affection médicale générale spécifique et causale.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Cette catégorie correspond à deux catégories de la CIM-10 : le Trouble organique de la personnalité et la Labilité émotionnelle organique. Les critères diagnostiques pour la recherche du Trouble organique de la personnalité sont définis de façon vraisemblablement plus étroite clans la CIM-10 clans la mesure ou au moins trois caractéristiques indiquant un changement de personnalité sont requises.

Critères diagnostiques de F07.0 [3 10. 1] Modification de la personnalité due *à...*
[Indiquer l'affection médicale générale]

A. Perturbation persistante de la personnalité représentant un changement par rapport aux caractéristiques antérieures de personnalité de l'individu. (Chez l'enfant, la perturbation comporte 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 affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (y compris les autres troubles mentaux liés à une affection médicale générale).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium et ne répond pas aux critères de clémence.

E. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques de F07.0 1310.11 Modification de la personnalité due *à... [Indiquer l'affection médicale générale] (suite)***

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 paranoïaque.

Type autre : si la présentation n'est caractérisée par aucun des sous-types ci-dessus.

Type combiné : si le tableau clinique est prédominé par plus d'une caractéristique.

Type non spécifié

Note de codage : ajouter le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe 1, p. ex., F07.0 [301.1 Modification de la personnalité liée à une épilepsie temporale ; enregistrer également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir l'annexe G pour les codes).

F09 [293.9] Trouble mental non spécifié dû à une affection médicale générale

Cette catégorie résiduelle est réservée aux situations pour lesquelles il *est* établi que la perturbation est due à des effets physiologiques directs d'une affection médicale générale mais ne répond pas aux critères d'un Trouble mental spécifique dû à une affection médicale générale (p. ex., des symptômes dissociants dus à une épilepsie partielle complexe).

Note de codage : ajouter le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I, p. ex., F09 1293.9] Trouble mental non spécifié dû à une maladie à VIH ; enregistrer par ailleurs l'affection somatique sur l'Axe III (voir l'annexe G pour les codes).

Troubles liés à une substance

Les troubles liés à une substance incluent des troubles liés à la prise d'une substance donnant lieu à abus (y compris l'alcool), aux effets secondaires d'une médication, ou à l'exposition à un toxique. Dans ce manuel, le terme *substance* peut renvoyer à une substance donnant lieu à abus, une médication ou un toxique. Les substances discutées dans cette section sont regroupées en 11 classes : alcool ; amphétamine ou sympathomimétiques d'action similaire ; caféine ; cannabis ; cocaïne ; hallucinogènes ; solvants volatils ; nicotine ; opiacés ; phencyclidine (PCP) ou arylcyclohexylamines d'action similaire ; et sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Bien que ces 11 classes apparaissent par ordre alphabétique, les classes suivantes partagent certaines caractéristiques : alcool, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; et cocaïne et amphétamines ou sympathomimétiques d'action similaire. Sont aussi inclus dans cette section, la Dépendance à plusieurs substances, et les Troubles liés à d'autres substances ou à des substances inconnues (ce qui inclut la plupart des troubles liés à des médications ou à des toxiques).

Beaucoup de médications, qu'elles soient prescrites ou vendues sans ordonnance, peuvent aussi causer un Trouble lié à une substance. Les symptômes surviennent généralement après la prise d'une dose élevée et disparaissent en général quand la dose est diminuée ou la médication arrêtée. Cependant, il peut y avoir, parfois, des réactions idiosyncrasiques à une dose unique. Les médications qui peuvent causer un Trouble lié à une substance, comprennent sans que cela soit limitatif, les analgésiques et anesthésiques, les anticholinergiques, les anticonvulsivants, les antihistaminiques, les antihypertenseurs et les autres médications cardio-vasculaires, les antimicrobiens, les antiparkinsoniens, les chimiothérapies, les corticostéroïdes, les médications gastro-intestinales, les relaxants musculaires, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'autres médications vendues sans ordonnance, les antidépresseurs, et le disulfirame.

L'exposition à une vaste gamme d'autres substances chimiques peut aussi conduire au développement d'un Trouble lié à une substance. Les substances toxiques qui peuvent causer des Troubles liés à une substance comprennent, sans que ce soit limitatif, les métaux lourds (c.-à-d. plomb ou aluminium), les dératisants qui contiennent de la strychnine, les pesticides qui contiennent de la nicotine ou des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, les gaz neurotoxiques, l'éthylène glycol (antigel), l'oxyde de carbone, et le gaz carbonique. Les substances volatiles (par ex., essence, peinture) sont classées sous solvants volatils (voir p. 300) si elles sont utilisées en vue d'une intoxication ; elles sont considérées comme des « toxiques », si l'exposition est accidentelle ou survient lors d'un empoisonnement volontaire. Des altérations cognitives ou

thymiques sont les symptômes les plus habituellement liés à l'utilisation de substances toxiques, bien qu'anxiété, hallucinations, idées délirantes, ou convulsions puissent aussi en résulter. Les symptômes disparaissent généralement quand le sujet n'est plus exposé à la substance, mais la résolution des symptômes peut prendre des semaines ou des mois et nécessiter un traitement.

Les Troubles liés a une substance sont divisés en deux groupes : Troubles liés à l' utilisation d'une substance (Dépendance à une substance, Abus d'une substance) et les Troubles induits par une substance (Intoxication par une substance, Sevrage d'une substance, Delirium induit par une substance, Démence persistante induite par une substance, Trouble amnésique persistant induit par une substance, Trouble psychotique induit par une substance, Trouble de l'humeur induit par une substance, Trouble anxieux induit par une substance, Dysfonction sexuelle induite par une substance, et Trouble du sommeil induit par une substance). La section commence par le texte et les critères concernant la Dépendance, l'Abus, l'Intoxication et le Sevrage, qui peuvent s'appliquer quelle que soit la catégorie de substances. Elle se poursuit par ries commentaires généraux concernant les caractéristiques associées ; caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe ; évolution ; déficiences et complications ; aspects familiaux ; diagnostic différentiel ; et procédures d'enregistrement qui s'appliquent à toutes les catégories de substances. Le reste de cette section est organisé par classes de substances et décrit les aspects spécifiques de la Dépendance, de l'Abus, de l'Intoxication et du Sevrage pour chacune des 11 classes de substances. Il faut noter que la section Prévalence de chacun des textes consacrés à une substance spécifique comporte des données épidémiologiques concernant le taux d'usage de la substance dans différentes classes d'âge ainsi que la prévalence de la Dépendance et de l'Abus sur la vie entière et sur une année. Pour faciliter le diagnostic différentiel, le texte et les critères pour les autres Troubles induits par une substance sont inclus dans la section de *ce* manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par une substance est clans la section Troubles de l'humeur). Les diagnostics associés à chaque groupe spécifique de substances sont donnés dans le Tableau 1.

Troubles liés à l'utilisation d'une substance

Dépendance à une substance

Caractéristiques

La caractéristique essentielle de la Dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode (l'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. Un diagnostic de Dépendance à une substance peut s'appliquer à toutes les classes de substances à l'exception de la caféine. Les symptômes de Dépendance sont semblables quelle que soit la catégorie de substances, mais pour certaines classes, certains symptômes sont moins prononcés, et dans quel-

Tableau 1 : Diagnostics associés aux classes de substances

	Dépendance	Abus	Intoxication	Sevrage	Delirium par intoxication	Delirium du sevrage	Démence	Trouble amnésique	Troubles psychotiques	Troubles de l'humeur	Troubles anxieux	Dysfonctions sexuelles	Troubles du sommeil
Alcool	X	X	X	X	I	S	P	P	I/S	I/S	I/S	I	I/S
Amphétamines	X	X	X	X	I				I	I/S	I	I	I/S
Caféine			X								I		I
Cannabis	X	X	X		I				I		I		
Cocaïne	X	X	X	X	I				I	I/S	I/S	I	I/S
Hallucinogènes	X	X	X		I				I*	I	I		
Nicotine	X			X									
Opiaces	X	X	X	X	I				I	I		I	I/S
Phencyclidine	X	X	X		I				I	I	I		
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques	X	X	X	X	I	S	P	P	I/S	I/S	S	I	I/S
Solvants volatil,	X	X	X										
Plusieurs substances	X												
Autre	X	X	X	X	I	S	P	P	I/S	I/S	I/S	I	I/S

Y compris le Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes

N.-B. X. 1, S, I/S, ou P indiquent que la catégorie figure dans le DSM-IV. De plus, I indique que la spécification Avec début pendant l'intoxication peut être utilisée pour la catégorie (sauf pour le Delirium par intoxication) S indique que la spécification Avec début pendant le sevrage peut être utilisée pour la catégorie (sauf pour le Delirium du sevrage) ; et I S indique que la spécification Avec début pendant l'intoxication ou Avec dehut pendant le sevrage petit être utilisée pour la catégorie. P indique que le trouble est persistant.

quel cas, certains symptômes ne s'appliquent pas (p. ex., des symptômes de sevrage ne sont pas spécifiés pour la Dépendance aux hallucinogènes). Bien qu'il ne soit pas spécifiquement cité comme critère, le manque (envie impérieuse d'utiliser la substance) est susceptible d'être éprouvé par la plupart des sujets (sinon tous) qui présentent une Dépendance à une substance. La dépendance est définie comme l'apparition d'au moins trois des symptômes ci-dessous à un moment quelconque au cours d'une période continue de 12 mois.

La tolérance (Critère 1) est la nécessité (l'augmenter nettement les quantités de substance pour produire l'intoxication (ou l'effet désiré), ou désigne une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. Le niveau (le tolérance qui se développe, varie largement selon les substances. De plus, pour une substance donnée, le degré de tolérance peut varier en fonction des différents effets de la substance sur le système nerveux. Par exemple, pour les opiacés, la tolérance concernant la dépression respiratoire et celle concernant l'analgésie se développent à des vitesses différentes. Les sujets utilisant massivement les opiacés ou les stimulants peuvent développer des niveaux substantiels de tolérance (p. ex., multipliés d'un facteur dix), souvent jusqu'à une close qui serait mortelle pour un non-consommateur. La tolérance à l'alcool peut aussi être marquée mais elle est, en général, bien moins extrême que pour les amphétamines. De nombreux sujets qui fument des cigarettes en consomment plus de 20 par jour, une quantité qui aurait produit des signes de toxicité quand ils ont commencé à fumer. Les sujets qui utilisent massivement le cannabis ou la phencyclidine (PCP) ne se rendent en général pas compte qu'ils sont devenus tolérants (bien que la tolérance ait été démontrée dans les études animales et chez certains sujets). La tolérance peut être difficile à établir sur les seuls antécédents quand la substance est illégale et peut-être mélangée avec (les diluants divers ou avec d'autres substances. Dans de telles situations, les tests de laboratoires peuvent être utiles (p. ex., des taux sanguins élevés 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 (lui 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, ont un discours bredouillant et une incoordination motrice.

Le sevrage (Critère 2a) est une modification comportementale inadaptée avec des concomitants physiologiques et cognitifs se produisant quand diminuent les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance à la suite d'une utilisation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage désagréables, la personne peut prendre la substance pour soulager ou éviter ces symptômes (Critère 2b), utilisant, clans les cas typiques, la substance tout au cours (le la journée en commençant peu après le réveil. Les symptômes de sevrage, qui sont généralement opposés aux effets aigus des substances, varient fortement selon les classes rie substances ; aussi, des ensembles distincts de critères de sevrage sont-ils donnés pour la plupart des classes. 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 tels que les amphétamines et la cocaïne, comme avec la nicotine et le cannabis. Il n'y a jamais de signes significatifs de sevrage après des doses même répétées d'hallucinogènes. Le sevrage à la phencyclidine et à des substances similaires n'a pas encore été décrit chez l'homme (bien qu'il ait été établi chez l'animal).

Ni la tolérance ni le sevrage ne sont nécessaires ou suffisants pour le diagnostic de dépendance à une substance. Cependant, pour la plupart des classes de substances, des antécédents de tolérance ou de sevrage sont associés à une évolution clinique plus sévère (p. ex., le développement plus rapide d'une Dépendance, des prises de substance en quantités plus grandes, un nombre plus élevé de problèmes liés à la substance). Certains sujets (p. ex., ceux qui ont une Dépendance au cannabis) montrent un mode d'utilisation compulsive sans aucun signe manifeste de tolérance ou de sevrage. Inversement, d'autres patients de médecine générale ou vus en postopératoire, qui n'ont pas de Dépendance aux opiacés, peuvent développer une tolérance à des opiacés qui leurs sont prescrits, et éprouver des symptômes de sevrage sans montrer aucun signe d'utilisation compulsive. Les spécifications Avec Dépendance physiologique et sans Dépendance physiologique sont fournies pour indiquer la présence ou l'absence de tolérance ou de sevrage.

Les items suivants décrivent le mode d'utilisation compulsive d'une substance, qui caractérise la dépendance. Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou sur une plus longue période que celle qui était prévue au départ (p. ex., il continue à boire jusqu'à l'intoxication sévère bien qu'il se soit fixé une limite à un seul verre) (Critère 3). Le sujet peut exprimer un désir persistant d'arrêter ou de contrôler l'utilisation de la substance. Souvent, il y a eu de nombreuses tentatives infructueuses pour en diminuer ou en arrêter l'utilisation (Critère 4). Le sujet peut passer beaucoup de temps à se procurer une substance, l'utiliser, ou récupérer de ses effets (Critère 5). Dans quelques cas de Dépendance, quasiment toutes les activités journalières de la personne tournent autour de la substance. Des activités importantes, sociales, professionnelles ou de loisirs peuvent être abandonnées ou diminuées du fait de l'utilisation de la substance (Critère 6). L'individu peut se détacher des activités familiales ou de ses violons d'Ingres pour utiliser la substance en privé ou pour passer plus de temps avec des amis qui utilisent la substance. Bien qu'elle reconnaisse la contribution de la substance à ses difficultés psychologiques ou physiques (p. ex., symptômes dépressifs sévères ou atteinte organique), la personne continue à l'utiliser (Critère 7). Le point-clé pour évaluer ce critère n'est pas l'existence d'un problème, mais plutôt l'incapacité du sujet à s'abstenir d'utiliser la substance bien qu'il ait des preuves des difficultés qu'elle provoque.

Spécifications

La tolérance et le sevrage peuvent être associés à un risque accru de problèmes médicaux généraux dans l'immédiat et un risque accru de rechutes. Les spécifications suivantes sont fournies pour permettre de noter leur présence ou leur absence.

Avec Dépendance physique. Cette spécification doit être utilisée quand la Dépendance à une substance est accompagnée de signes de tolérance (Critère 1) ou de sevrage (Critère 2).

Sans Dépendance physique. Cette spécification doit être utilisée quand il n'y a aucune preuve de tolérance (Critère 1) ou de sevrage (Critère 2). Chez ces sujets, la Dépendance à une substance est caractérisée par un mode d'utilisation compulsive (au moins trois des critères 3-7).

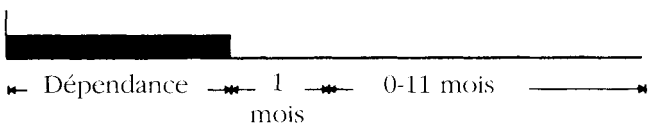
Spécifications pour l'évolution

Six spécifications de l'évolution sont disponibles pour une Dépendance à une substance. Les quatre spécifications de rémission ne peuvent être appliquées que si aucun des critères de Dépendance ou d'Abus à une substance n'a été présent pendant au moins un mois. Pour les critères requérant des problèmes récurrents, une spécification de l'évolution ne s'applique que si aucun aspect du critère n'a été présent (p. ex., un accident de la route au cours d'une intoxication suffit à empêcher que le sujet soit considéré en rémission). La définition de ces quatre types de rémission est fondée sur l'intervalle de temps qui s'est écoulé depuis l'arrêt de la Dépendance (rémission précoce ou prolongée) et sur la présence persistante d'au moins un des items inclus dans les critères *de* Dépendance ou d'Abus (rémission partielle ou complète). Comme les 12 premiers mois après une Dépendance représentent une période comportant un risque particulièrement élevé de rechute, une rémission de moins de 12 mois est désignée comme rémission précoce. Après 12 mois de rémission précoce sans rechute de la Dépendance, la personne entre en rémission prolongée. Tant pour la rémission précoce que pour la rémission prolongée, une spécification additionnelle de « complète » est donnée si aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant la période de rémission ; une spécification de « partielle » est donnée si au moins un des critères de Dépendance ou d'Abus a été présent, par intermittence ou continuellement, pendant la période de rémission. La différenciation entre une rémission totale prolongée et une guérison (absence de Trouble actuel lié à l'utilisation d'une substance) repose sur la prise en considération de la durée écoulée depuis la dernière période comportant des anomalies, leur durée totale, et la nécessité de continuer la surveillance. Si après une période de rémission ou de guérison, le sujet redevient dépendant, la spécification de rémission précoce requiert qu'il y ait à nouveau au moins un mois pendant lequel aucun signe de Dépendance ou d'Abus n'est présent. Deux spécifications additionnelles sont fournies : Traitement par agoniste et En environnement protégé. Pour que la spécification de rémission précoce s'applique après l'arrêt d'un traitement agoniste ou la sortie d'un environnement protégé, il doit s'écouler une période d'un mois au cours de laquelle aucun des critères de Dépendance ou d'Abus n'est présent.

Les spécifications de rémission suivantes ne peuvent s'appliquer que si aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant au moins un mois. Ces spécifications ne s'appliquent pas si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé (voir ci-dessous).

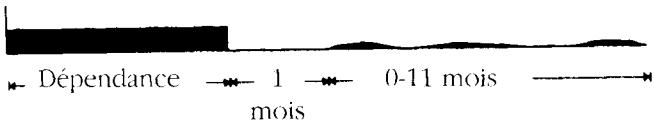
Rémission précoce complète

Cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent.



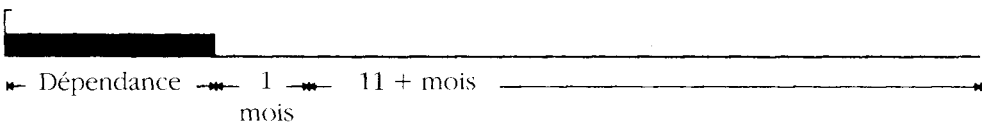
Rémission précoce partielle

Cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, au moins un critère rie Dépendance ou d'Abus a été présent (sans que les critères complets de la Dépendance aient été présents).



Rémission prolongée complète

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent.



Rémission prolongée partielle

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, les critères complets de Dépendance n'ont été présents ; toutefois, au moins un critère de Dépendance ou d'Abus a été présent.

Les spécifications suivantes s'appliquent si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé :

Sous traitement agoniste. Cette spécification est utilisée si le sujet reçoit une médication agoniste sur prescription, et qu'aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pour cette classe de médication pendant au moins le dernier mois (sauf une tolérance ou un sevrage à l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités pour une Dépendance à l'aide d'un agoniste partiel ou d'un agoniste/antagoniste.

En environnement protégé. Cette spécification est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool et aux substances réglementées est limité et si aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant au moins le dernier mois. Des exemples de cet environnement sont les prisons avec surveillance intensive et interdiction des « substances les communautés thérapeutiques ou les unités fermées dans les hôpitaux.

Critères de dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) 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

(h) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)

(b) la même substance (ou *une* substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur (le longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance 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 substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un *sevrage* (c.-à-d. des items 1 ou 2)

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)

(suite)

☐ **Critères de dépendance à une substance** *(suite)*

Spécifications de l'évolution (voir le texte pour leurs définitions) :

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
2 Traitement par agoniste
1 En environnement protégé

Abus d'une substance

Caractéristiques

La caractéristique essentielle de l'Abus d'une substance est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. Pour que le critère d'Abus soit rempli, le problème lié à la substance doit être survenu de façon répétée au cours d'une période de 12 mois consécutifs ou persister au moment de l'évaluation. On peut observer une incapacité répétée de la personne à remplir des obligations majeures, une utilisation dans des situations on cela peut être physiquement dangereux, des problèmes judiciaires multiples, et des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents (Critère A). Ces problèmes doivent survenir de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois. A la différence des critères de Dépendance à une substance, les critères pour l'Abus de substance n'incluent pas la tolérance, le sevrage, ou un mode compulsif d'utilisation, mais, seulement, les conséquences néfastes de l'utilisation répétée. Le diagnostic de Dépendance à une substance a priorité sur le diagnostic d'Abus d'une substance si, à un moment quelconque, le mode d'utilisation a correspondu aux critères de Dépendance pour cette classe de substances (Critère B). Bien qu'un diagnostic d'Abus d'une substance soit plus probable chez des sujets qui n'ont que récemment commencé à prendre la substance, certains sujets continuent à subir des conséquences sociales néfastes liées à une substance pendant longtemps sans qu'on ait des preuves de Dépendance à cette substance. La catégorie Abus d'une substance ne s'applique ni à la caféine ni à la nicotine. Le terme « abus » doit s'appliquer à un mode d'utilisation de la substance remplissant les critères de ce trouble ; il ne faut pas l'utiliser comme synonyme d'« utilisation », de « mauvaise utilisation » ou d'« utilisation dangereuse ».

Les sujets peuvent présenter, de manière répétée, une intoxication ou d'autres symptômes liés à une substance quand ils sont supposés remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (Critère A1). Il peut y avoir des absences répétées ou de mauvaises performances au travail liées à des « gueules de bois » récurrentes. Un lycéen peut être absent, exclus temporairement ou définitivement du lycée

en raison de l'abus d'une substance. Pendant qu'il est intoxiqué, le sujet peut négliger ses enfants ou les tâches ménagères. La personne peut, de manière répétée, être intoxiquée dans des situations où cela est physiquement dangereux (p. ex., en conduisant une voiture, en faisant fonctionner une machine ou en entreprenant des activités de loisirs à risque telles que nager ou faire de l'escalade) (Critère A2). Il peut y avoir des problèmes judiciaires récurrents (p. ex., arrestation après un comportement anormal, violence et agressions, conduite en état d'imprégnation) (Critère A3). La personne peut continuer à utiliser la substance malgré des antécédents de conséquences sociales et interpersonnelles négatives, persistantes ou récurrentes (p. ex., difficultés conjugales ou divorce, disputes ou bagarres) (Critère A4).

Critères de l'abus d'une substance

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement Ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

(1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

(2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)

(3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

(4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

Troubles induits par une substance

Intoxication à une substance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Intoxication à une substance est le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à l'ingestion récente de (ou l'exposition à) cette substance (Critère A). Les changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs, qui sont associés à l'intoxication (p. ex., agressivité, labilité de l'humeur, altération cognitive, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel), sont dus aux effets physiologiques directs de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance (Critère B). Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère C). L'Intoxication à une substance est souvent associée à un Abus ou à une Dépendance. Cette catégorie ne s'applique pas à la nicotine. La preuve d'une prise récente d'une substance peut être obtenue à partir des antécédents, de l'examen physique (p. ex., odeur alcoolique de l'haleine), ou d'une analyse toxicologique des liquides biologiques (p. ex., urine ou sang).

Les modifications les plus courantes comprennent des perturbations de la perception, de la vigilance, de l'attention, de la pensée, du jugement, du comportement psychomoteur, et du comportement interpersonnel. Le tableau clinique spécifique de l'Intoxication à une substance varie notablement d'un sujet à l'autre et dépend de la substance en cause, de la dose, de la durée ou de la chronicité des prises, de la tolérance de la personne à cette substance, de la durée écoulée depuis la dernière prise, des attentes de la personne quant aux effets de la substance et de l'environnement ou du cadre dans lequel la substance est prise. Des intoxications de courte durée ou « aiguës » peuvent avoir des signes ou des symptômes différents de ceux des intoxications de longue durée ou « chroniques Par exemple des doses modérées de cocaïne peuvent produire initialement une recherche des contacts sociaux, mais un retrait social peut se développer si de telles doses sont répétées fréquemment pendant des jours ou des semaines. Des substances différentes (parfois même des substances de classes différentes) peuvent produire des symptômes identiques. Par exemple, les Intoxications à l'amphétamine ou à la cocaïne peuvent toutes les deux se manifester par des idées de grandeur, une hyperactivité, accompagnée de tachycardie, de dilatation pupillaire, d'une pression artérielle élevée, de transpiration ou de frissons. De même, l'alcool et les substances de la classe des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques produisent des symptômes d'intoxication similaires.

Utilisé au sens de la physiologie, le terme *intoxication* est plus large que l'Intoxication à une substance telle qu'elle est définie ici. De nombreuses substances peuvent provoquer des modifications physiologiques ou psychologiques qui ne sont pas nécessairement inadaptées. Par exemple, un sujet ayant une tachycardie liée à une utilisation excessive de caféine présente une intoxication physiologique ; mais si c'est le seul symptôme, en l'absence d'un comportement inadapté, le diagnostic d'intoxication à la

caféine ne s'applique pas. Le caractère inadapté d'une modification du comportement liée à la substance dépend du contexte social et de l'environnement. Le comportement inadapté place, en général, le sujet dans des situations à risque (p. ex., accidents, complications médicales générales, rupture dans *les* relations sociales ou familiales, difficultés professionnelles ou financières, problèmes judiciaires). Des signes ou des symptômes d'intoxication peuvent parfois persister pendant des heures ou des jours au-delà du moment où la substance n'est plus détectable clans les liquides biologiques. Cela peut être dû à la persistance de concentrations faibles de substance dans certaines parties du cerveau ou à un effet de type « hit and run », où la substance altère un processus physiologique dont la récupération dure plus longtemps que l'élimination de la substance . Ces effets plus prolongés de l'intoxication doivent être distingués du sevrage (c.-à-d. des symptômes déclenchés par une diminution des concentrations sanguines ou tissulaires de la substance).

Critères de l'intoxication à une substance

A. Développement d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, dû à l'ingestion récente de (ou à l'exposition à) cette substance.

N.-B. : Des substances différentes peuvent produire des syndromes similaires ou identiques.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, dus aux effets de la substance sur le système nerveux central (par exemple : agressivité, labilité de l'humeur, altérations cognitives, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.

C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Sevrage à une substance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Sevrage à une substance est le développement d'une modification comportementale inadaptée spécifique d'une substance, avec des concomitants physiologiques et cognitifs, due à l'arrêt ou la réduction de l'utilisation massive et prolongée de cette substance (Critère A). Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement

1. L'effet « *Hit and run* » désigne une modification de Fonctionnement déclenchée par un produit et persistant après la disparition du produit de l'organisme (N.d.T.).

social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère C). En général, mais pas toujours, le sevrage est associé à une Dépendance à une substance (voir p. 228). La plupart des sujets (si ce n'est tous) développant un Sevrage ont une appétence à reprendre la substance pour diminuer les symptômes. Le diagnostic de Sevrage est reconnu pour les groupes de substances suivants : alcool, amphétamines et autres substances similaires, cocaïne, nicotine, opiacés, et sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Les signes et symptômes de Sevrage varient selon la substance utilisée, la plupart des symptômes étant les opposés de ceux observés en cas d'Intoxication avec la même substance. La dose et la durée d'utilisation, et d'autres facteurs tels que la présence ou l'absence d'autres maladies, affectent aussi les symptômes de sevrage. Le Sevrage se développe quand les doses sont diminuées ou arrêtées, alors que les signes et symptômes d'intoxication s'améliorent (progressivement dans certains cas) à l'arrêt de la prise.

Critères du sevrage à une substance

A. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance.

B. Le syndrome spécifique de la substance cause 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 générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Caractéristiques associées à la Dépendance, l'Abus, l'Intoxication, et au Sevrage d'une substance

Problèmes d'évaluation. Le diagnostic de Dépendance à une substance nécessite le recueil d'antécédents détaillés auprès du sujet et, chaque fois que possible, à partir d'autres sources d'information (p. ex., dossiers médicaux ; conjoint, parent ou ami intime). De plus, les constatations à l'examen physique et les résultats des examens de laboratoires peuvent être utiles.

Voie d'administration. La voie d'administration d'une substance est un facteur important pour déterminer ses effets (y compris l'évolution dans le temps du développement de l'Intoxication, la probabilité que l'utilisation conduise aux modifications physiologiques associées au Sevrage, et la probabilité que l'utilisation conduise à une Dépendance ou à un Abus). 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 à une probabilité accrue d'une escalade clans l'utilisation de la substance, amenant à une Dépendance. Ces voies d'administration qui délivrent rapidement une quantité importante de substance au *cer-*

veau, sont ainsi associées à des niveaux plus élevés de consommation de la substance et à une probabilité accrue d'effets toxiques. Par exemple, une personne qui utilise des amphétamines par voie intraveineuse est plus susceptible qu'une personne qui les prend par voie orale ou intranasale, de consommer rapidement des quantités importantes de la substance et de risquer, de ce fait, un surdosage.

Rapidité d'action à l'intérieur d'une classe de substances. Les substances à action rapide sont plus susceptibles que les substances à action plus lente de produire une intoxication immédiate et de conduire à une Dépendance ou un Abus. Par exemple, comme le diazépam ou l'alprazolam ont, tous deux, une rapidité d'action supérieure à celle du phénobarbital, ils sont, de ce fait, plus susceptibles de conduire à une Dépendance ou un Abus.

Durée des effets. La durée des effets associés à une substance particulière est importante, aussi, pour déterminer comment évoluera dans le temps l'intoxication, et si l'utilisation de la substance conduira à une Dépendance ou un Abus. Des substances à durée d'action relativement courte (p. ex., certains anxiolytiques) favorisent plus le développement d'une Dépendance ou d'un Abus que des substances ayant des effets similaires mais une plus longue durée d'action (p. ex., le phénobarbital). 1,a demi-vie de la 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 sera long et plus le Sevrage est susceptible de durer. Par exemple, pour l'héroïne, le délai d'apparition des symptômes aigus de sevrage est plus court que pour la méthadone, mais le syndrome de sevrage dure moins longtemps. En général, plus la période aiguë de sevrage est longue, moins les symptômes ont tendance à être intenses.

Utilisation de plusieurs substances. La Dépendance, l'Abus, l'Intoxication, et le Sevrage impliquent souvent plusieurs substances utilisées simultanément ou en séquence. Par exemple, les sujets ayant une Dépendance à la cocaïne utilisent aussi l'alcool, les anxiolytiques ou les opiacés, souvent pour contrecarrer des symptômes traînants d'anxiété liés à la cocaïne. De la même manière, des sujets ayant une Dépendance aux opiacés ou une Dépendance au cannabis, ont en général plusieurs autres Troubles liés à une substance, le plus souvent impliquant l'alcool, les anxiolytiques, les amphétamines ou la cocaïne. Quand les critères de plus d'un Trouble lié à une substance sont remplis, il ne faut pas porter le diagnostic de Dépendance à plusieurs substances. Ce dernier s'applique uniquement aux situations dans lesquelles le mode d'utilisation de plusieurs substances ne remplit pas les critères de Dépendance ou d'Abus, ces substances étant considérées séparément, mais le remplit pour les substances envisagées dans leur ensemble. Les situations dans lesquelles un diagnostic de Dépendance à plusieurs substances doit être porté sont décrites p. 340.

Examens complémentaires. Les examens de laboratoire, sanguins et urinaires, peuvent permettre d'établir l'utilisation récente d'une substance. Les taux sanguins fournissent des informations supplémentaires sur la quantité de substance encore présente dans le corps. Il faut noter qu'un test positif dans le sang ou les urines n'indique pas, à lui seul, que le profil d'utilisation d'une substance par un sujet correspond aux critères d'un Trouble lié à une substance, et qu'un test négatif dans le sang ou les urines n'exclut pas par lui-même un diagnostic de Trouble lié à une substance.

Dans le cas d'une Intoxication, les tests dans le sang ou les urines peuvent aider à établir quelle est ou quelles sont la ou les substances en cause. Confirmer spécifiquement la substance suspectée peut imposer une analyse toxicologique car des substances

variées provoquent des syndromes d'Intoxication similaires ; les sujets prennent souvent nombre de substances différentes et comme les substitutions et les contaminations sont fréquentes pour les drogues vendues dans la rue, ceux qui obtiennent ces substances illégalement, ne connaissent souvent pas le contenu exact de ce qu'ils ont pris. Les tests toxicologiques peuvent aussi être utiles dans le diagnostic différentiel pour déterminer le rôle *de* l'Intoxication à une substance ou d'un Sevrage dans l'étiologie (ou l'exacerbation) des symptômes de toute une série de troubles mentaux (p. ex., Troubles de l'humeur, Troubles psychotiques). De plus, des déterminations répétées des taux sanguins peuvent aider à différencier Intoxication et Sevrage.

Les taux sanguins d'une substance peuvent être un indice utile pour établir si une personne présente une tolérance importante à un groupe de substances donné (p. ex., une personne présentant une alcoolémie de plus de 150 mg/dl sans signes d'Intoxication alcoolique a une tolérance significative à l'alcool et est susceptible d'être un utilisateur chronique soit d'alcool soit d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique, et une personne qui ne présente aucun signe d'intoxication après une prise de 200 mg ou plus de pentobarbital présente une tolérance significative aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et peut avoir besoin d'un traitement pour prévenir le développement d'un Sevrage). Une autre méthode pour évaluer la tolérance est de déterminer la réponse du sujet à une médication agoniste ou antagoniste. Ainsi, dans les cas où une tolérance ou une Dépendance aux opiacés ne peut être clairement confirmée à partir des antécédents, il peut être informatif d'utiliser un antagoniste (p. ex., la naloxone) pour montrer si un syndrome de sevrage peut être déclenché.

Les tests de laboratoire peuvent être utiles pour identifier un Sevrage chez des sujets présentant une Dépendance à une substance. Des arguments en faveur de l'arrêt ou d'une diminution des prises peuvent être obtenus par les antécédents, ou par des analyses toxicologiques des liquides biologiques (p. ex., urine ou sang). Bien que la plupart des substances et leurs métabolites ne soient plus retrouvées dans les urines 48 heures après leur ingestion, certains métabolites peuvent être présents sur une plus longue durée chez ceux qui utilisent la substance de manière chronique. Si la personne présente un Sevrage à une substance inconnue, les tests urinaires peuvent permettre d'identifier la substance dont la personne est sevrée et de mettre en route le traitement approprié. Les tests urinaires peuvent aussi être utiles pour différencier un Sevrage d'autres troubles mentaux sans relation avec l'utilisation d'une substance, car les symptômes de sevrage peuvent simuler ceux de troubles mentaux non liés à l'utilisation d'une substance. Si la Dépendance aux opiacés ne peut pas être clairement confirmée par l'histoire clinique, l'utilisation d'un antagoniste (la naloxone p. ex.) afin de provoquer l'apparition d'éventuels symptômes rie sevrage peut apporter des informations utiles.

Examen physique et affections médicales générales associées. Comme indiqué dans les sections spécifiques aux 11 classes de substances, les états d'intoxication et de sevrage sont susceptibles d'inclure des signes et des symptômes physiques qui sont souvent le premier indice d'un état lié à l'utilisation d'une substance. En général, l'intoxication par les amphétamines ou la cocaïne s'accompagne d'une augmentation : de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, du pouls, et de la température corporelle. L'intoxication par des substances sédatives, hypnotiques ou anxiolytiques ou par des médications opiacées, comporte souvent les signes opposés. La Dépendance à une substance et l'Abus sont fréquemment associés à des affections médicales générales souvent liées aux effets toxiques des substances sur des systèmes

ou organes particuliers (p. ex., cirrhose dans la Dépendance alcoolique) ou à la voie d'administration (p. ex., infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] due à un partage des aiguilles (l'injection).

Troubles mentaux associés. L'utilisation d'une substance est souvent l'une des composantes du tableau clinique des troubles mentaux. Quand les symptômes sont considérés comme une conséquence physiologique directe d'une substance, un Trouble induit par une substance est diagnostiqué (voir p. 241). Les Troubles liés à l'utilisation d'une substance apparaissent aussi, souvent, en comorbidité avec de nombreux troubles mentaux (p. ex., Troubles des conduites chez les adolescents, Personnalités antisociale et borderline, Schizophrénie, Troubles de l'humeur) dont ils compliquent l'évolution et le traitement.

Procédures d'enregistrement pour la Dépendance, l'Abus, l'Intoxication et le Sevrage

Pour des substances donnant lieu à abus. Le clinicien doit utiliser le code qui s'applique à la classe de substances, mais noter le nom de la substance spécifique plutôt que le nom de la classe. Par exemple, le clinicien doit enregistrer F13.3x [292.0] Sevrage au sécobarbital (plutôt que Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou aux anxiolytiques) ou F15.1x [305.70] Abus de métamphétamine (plutôt que Abus d'amphétamines). Pour des substances qui ne correspondent à aucune des classes (p. ex., le nitrite d'amyle), le code approprié pour « Dépendance à une autre substance », « Abus d'une autre substance », « Intoxication par une autre substance » ou « Sevrage à une autre substance » doit être utilisé et la substance spécifique indiquée (p. ex., F19.1 [305.90] Abus de Nitrite d'amyle). Si la substance prise par le sujet est inconnue, le code pour la classe « Autre (ou Inconnue) » doit être utilisé (p. ex., F19.0x [292.89] Intoxication à une substance inconnue). Pour une substance particulière, si les critères correspondent à plus d'un Trouble lié à une substance, tous doivent être diagnostiqués (p. ex., F11.3x [292.0] Sevrage à l'héroïne ; F11.2x [304.00] Dépendance à l'héroïne). S'il y a des symptômes ou des problèmes associés à une substance particulière mais que les critères ne correspondent à aucun des troubles spécifiques (l'une substance, la catégorie Non spécifiée peut être utilisée (p. ex., F12.9 [292.9] Trouble lié au cannabis non spécifié). Si plusieurs substances sont utilisées, tous les Troubles liés à ces substances doivent être diagnostiqués (p. ex., F16.0x [292.89] Intoxication à la mescaline, F14.2x [304.20] Dépendance à la cocaïne). Les situations dans lesquelles le diagnostic de F19.2x [304.80] Dépendance à plusieurs substances doit être porté sont décrites p. 340.

Pour les médications et les substances toxiques. Pour les médications non évoquées ci-dessus (de même que pour les toxiques), le code pour « Autre substance » doit être utilisé. La médication spécifique peut aussi être codée en indiquant le code E approprié sur l'axe 1 (voir Annexe G) (p. ex., 292.89 Intoxication à la benztropine ; E 941.1 benztropine). Les codes E doivent aussi être utilisés pour les classes de substances citées ci-dessus quand elles sont prises dans le cadre d'une prescription médicamenteuse (les opiacés p. ex.).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il existe des variations culturelles importantes clans les attitudes face à la consommation de substances, leurs profils (l'utilisation, leur accessibilité, les réactions physiologiques et la prévalence des troubles qu'elles entraînent. Certains groupes interdisent la consommation d'alcool, alors que chez d'autres, l'utilisation de diverses substances pour modifier l'humeur est largement acceptée. L'évaluation du mode d'utilisation d'une substance chez un sujet donné doit prendre en compte ces facteurs. Les modes d'utilisation d'une médication et d'exposition à une substance toxique peuvent aussi varier de manière importante à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre.

Chez les sujets âgés de 18 à 24 ans la prévalence d'utilisation est relativement élevée pour virtuellement toutes les substances, y compris l'alcool. Pour les substances donnant lieu à abus, l'Intoxication est en général le premier Trouble lié à une substance et commence, habituellement au cours de l'adolescence. Le Sevrage peut se produire à n'importe quel âge du moment que le produit en cause a été pris à des doses suffisamment élevées pendant une durée suffisamment longue. La Dépendance peut aussi se produire quel que soit l'âge, mais, dans les cas typiques, pour la plupart des substances donnant lieu à abus, elle débute entre 20 et 50 ans. Quand un Trouble lié à une substance autre que l'Intoxication commence chez le jeune adolescent, il est souvent associé à un Trouble des conduites et à l'impossibilité de mener à bien la scolarité. Pour les drogues donnant lieu à abus, les Troubles liés à une substance sont en général diagnostiqués plus communément chez les hommes que chez les femmes, mais le rapport entre les sexes varie suivant la classe de substance.

Évolution

L'évolution de la Dépendance, de l'Abus, (le l'Intoxication et du Sevrage varie suivant la classe de substance, la voie d'administration, et d'autres facteurs. Les sections « Évolution », pour les diverses classes de substances, indiquent les caractéristiques spécifiques de chacune d'elles. Cependant, on peut faire un certain nombre de généralisations.

L'Intoxication se développe, en général, quelques minutes ou quelques heures après une prise unique d'une close suffisamment importante et se poursuit ou s'intensifie en cas de doses fréquemment répétées. En général, l'Intoxication commence à décroître lorsque les taux sanguins ou tissulaires de la substance s'abaissent mais les signes et les symptômes peuvent ne se résoudre que lentement, persistant, dans certaines cas, des heures ou des jours après la disparition de substance détectable dans les liquides biologiques. Le début de l'Intoxication peut être retardé avec les substances à absorption lente ou avec celles qui sont métabolisées en produits actifs. Les substances à action prolongée peuvent produire des intoxications durables.

Le sevrage se développe lorsque la substance diminue clans le système nerveux central. Les symptômes précoces de Sevrage se développent, en général, quelques heures après l'arrêt des prises pour les substances à demi-vie d'élimination courte (p. ex., alcool, lorazépam, ou héroïne), bien que des convulsions de sevrage puissent se développer plusieurs semaines après l'arrêt de fortes doses d'anxiolytiques à demi- vie longue. Les signes les plus intenses de Sevrage cessent en général de quelques jours à quelques semaines après l'interruption de l'utilisation de la substance, bien que certains signes physiologiques discrets puissent être détectables pendant des semaines ou même des mois dans le cadre d'un syndrome de sevrage prolongé. Par exemple, on

peut observer des altérations du sommeil pendant plusieurs mois après qu'une personne atteinte de Dépendance à l'alcool a arrêté de boire.

Un diagnostic d'Abus de substance est plus vraisemblable chez des sujets qui ont commencé, seulement récemment, à utiliser la substance. Pour de nombreux sujets, l'Abus pour une certaine classe de substances évolue vers la Dépendance à une substance de la même classe. Cela est particulièrement vrai pour les substances qui ont un fort potentiel pour le développement d'une tolérance, d'un sevrage et de modes d'utilisation compulsifs comme la cocaïne ou l'héroïne. Certains sujets manifestent un Abus de substance qui se produit sur des périodes prolongées sans jamais développer de Dépendance. Cela est encore plus vrai pour celles des substances qui ont un faible potentiel pour le développement d'une tolérance, d'un sevrage, et de modes compulsifs d'utilisation. Une fois que les critères de Dépendance à une substance sont remplis, un diagnostic subséquent d'Abus ne peut plus être donné pour une substance quelconque de cette classe. Pour une personne ayant une Dépendance à une substance en rémission complète, toute rechute qui correspond aux critères pour l'Abus de substance doit être considérée comme une Dépendance en rémission partielle (voir les spécifications pour l'évolution, p. 226).

L'évolution d'une Dépendance à une substance est variable. Bien que des épisodes relativement brefs et autolimitatifs puissent se produire (en particulier pendant des périodes de stress psychosociaux), l'évolution est, en général, chronique, se prolongeant pendant des années, avec des périodes d'exacerbation et de rémission partielle ou complète. Il peut y avoir des périodes de prise massive avec des problèmes graves, des périodes d'abstinence totale, et des périodes d'utilisation sans problèmes, se prolongeant parfois pendant des mois. La Dépendance à une substance est quelquefois associée à des rémissions spontanées, prolongées. Par exemple, le suivi montre que 20 % (ou plus) des sujets ayant une Dépendance alcoolique deviennent abstinents de manière permanente, en général à la suite d'un stress intense (p. ex., la menace d'être frappés de sanction sociales ou légales, ou la découverte d'une complication médicale mettant en jeu le pronostic vital). Pendant les 12 premiers mois de rémission, le sujet est particulièrement susceptible de rechuter. De nombreux sujets sous-estiment leur vulnérabilité à développer une Dépendance. Quand ils sont en période de rémission, ils se persuadent, de manière erronée, qu'ils n'auront pas de problèmes pour contrôler l'utilisation de la substance et qu'ils peuvent observer des règles de moins en moins restrictives quant à son utilisation, ce qui conduit à un retour à la Dépendance. La présence de troubles mentaux concomitants (p. ex., Personnalité antisociale, Trouble dépressif majeur non traité, Trouble bipolaire) augmente souvent le risque de complications et aggrave le pronostic.

Déficiences et complications

Bien que de nombreuses personnes ayant des problèmes liés à ries substances soient correctement adaptées (p. ex., dans les relations personnelles, les performances au travail, la capacité de gagner sa vie), ces troubles causent souvent une détérioration marquée et des complications sévères. Les sujets atteints de Troubles liés à une substance sont souvent confrontés à une détérioration de leur santé physique. La malnutrition et d'autres maladies somatiques générales peuvent résulter d'un régime alimentaire inapproprié ou d'une hygiène personnelle inadéquate. L'Intoxication et le Sevrage peuvent se compliquer de traumatismes liés à une altération de la coordination

motrice ou à un jugement défaillant. Les excipients utilisés pour « couper » certaines substances peuvent provoquer des réactions toxiques ou allergiques. L'usage des substances par voie intranasale (« sniffer ») peut provoquer des érosions de la cloison septale du nez. L'utilisation de stimulants peut provoquer des morts subites par arythmie cardiaque, infarctus du myocarde, accident cérébro-vasculaire, ou arrêt respiratoire. L'utilisation d'aiguilles contaminées pour l'administration intraveineuse de substances peut causer une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une hépatite, un tétanos, une vasculite, une septicémie, une endocardite bactérienne torpide, des phénomènes emboliques, et le paludisme.

L'utilisation d'une substance peut être associée à un comportement violent ou agressif, qui peut se manifester par des bagarres ou un acte criminel et peut conduire à des blessures, de l'utilisateur de la substance ou de tiers. Les accidents de voiture, domestiques ou du travail sont une complication majeure de l'Intoxication à une substance et conduisent à un taux non négligeable de morbidité et de mortalité. Environ la moitié des accidents mortels de la voie publique impliquent un conducteur ou un piéton en état d'intoxication. De plus, peut-être 10 % des sujets ayant une Dépendance à une substance se suicident, souvent clans le contexte d'un Trouble de l'humeur induit par une substance. Enfin, la plupart, sinon toutes les substances décrites dans cette section traversent le placenta et sont, de ce fait, susceptibles d'avoir des effets indésirables sur le foetus en développement (p. ex., syndrome alcoolique foetal). Prises de manière répétées à closes élevées par la mère, de nombreuses substances (p. ex., cocaïne, opiacés, alcool, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques) peuvent causer une dépendance physique chez le foetus et un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

Aspects familiaux

Les données sur les associations familiales ont été surtout étudiées pour les Troubles liés à l'alcool (voir une discussion détaillée, p. 255). Il existe certains arguments en faveur de différences génétiquement déterminées concernant la dose nécessaire pour produire une Intoxication alcoolique. Bien que l'Abus et la Dépendance à une substance semblent plus fréquentes clans certaines familles, une partie de cet effet peut être expliqué par la distribution familiale concomitante de Personnalité antisociale, qui peut prédisposer les sujets au développement d'un Abus ou d'une Dépendance à une substance. De plus, les enfants de sujets atteints de Dépendance à l'alcool (mais non de Trouble de la personnalité antisociale) n'ont pas de prédisposition à développer une Dépendance à toutes les substances ; ils ont un risque plus élevé uniquement pour la Dépendance à l'alcool.

Diagnostic différentiel

Les Troubles liés à une substance se distinguent de **l'utilisation non pathologique d'une substance** (p. ex., « **prendre un verre en société** ») et de **l'utilisation de médications pour des raisons médicales pertinentes** par la présence d'un ensemble de plusieurs symptômes survenant pendant une période prolongée (p. ex., tolérance, sevrage, utilisation compulsive) ou la présence de problèmes liés à la substance (complication médicale, dégradation des relations sociales et familiales, difficultés professionnelles ou financières, problèmes légaux). Des épisodes répétés **d'Intoxication à une substance** sont presque invariablement des caractéristiques majeures de

l'**Abus** ou de la **Dépendance.** Cependant, un ou plusieurs épisodes (l'Intoxication isolés ne sont pas suffisants pour le diagnostic d'Abus ou de Dépendance.

Il peut parfois être difficile de distinguer **l'Intoxication** du **Sevrage à une substance.** Si le symptôme survient au moment de la prise puis décroît progressivement après l'arrêt des prises, il fait vraisemblablement partie d'une Intoxication. Si le symptôme survient après l'arrêt de la substance, ou après une réduction de son utilisation, il fait vraisemblablement partie d'un Sevrage.

Les sujets ayant des Troubles liés à une substance prennent souvent plus d'une substance et peuvent être intoxiqués par une substance (p. ex., l'héroïne) tout en étant en sevrage d'une autre (p. ex., le diazépam). Ce diagnostic différentiel est encore compliqué par le fait que les signes et symptômes du Sevrage à certaines substances (p. ex., les sédatifs) peuvent simuler partiellement une intoxication à d'autres (p. ex., les amphétamines). L'Intoxication à une substance est à différencier du **Delirium par intoxication à une substance** (p. 166), du **Trouble psychotique induit par une substance, avec début pendant l'intoxication** (p. 392), du **Trouble de l'humeur induit par une substance, avec début pendant l'intoxication** (p. 466), du **Trouble anxieux induit par une substance, avec début pendant l'intoxication** (p. 553), d'une **Dysfonction sexuelle induite par une substance, avec début pendant l'intoxication** (p. 649), et du **Trouble du sommeil induit par une substance, avec début pendant l'intoxication** (p. 758), par le fait que dans ces troubles, les symptômes sont plus marqués que ceux habituellement associés à l'Intoxication à une substance et sont suffisamment sévères pour justifier par eux- mêmes un examen clinique. Le Sevrage à une substance se distingue (lu **Delirium du sevrage à une substance** (p. 169), du **Trouble psychotique induit par une substance, avec début pendant le sevrage** (p. 392), du **Trouble de l'humeur induit par une substance, avec début pendant le sevrage** (p. 466), du **Trouble anxieux induit par une substance, avec début pendant le sevrage** (p. 649), et du **Trouble du sommeil induit par une substance, avec début pendant le sevrage** (p. 758), par le fait que dans ces troubles, les symptômes sont plus marqués que ceux en général associés au Sevrage à une substance et sont suffisamment sévères pour justifier par eux-mêmes un examen clinique.

Les Troubles induits par une substance décrits ci-dessus présentent des symptômes qui ressemblent aux **troubles mentaux non liés à une substance** (c.-à-d. **primaires).** Voir p. 242, la discussion de ce diagnostic différentiel important mais souvent difficile. Lin diagnostic additionnel de Trouble induit par une substance n'est en général pas porté quand **les symptômes de troubles mentaux préexistants sont exacerbés par une Intoxication ou par un Sevrage** (bien qu'un diagnostic d'Intoxication ou de Sevrage puisse être approprié.) Par exemple, l'Intoxication à certaines substances peut exacerber les virages de l'humeur clans le Trouble bipolaire, les hallucinations auditives et les idées délirantes paranoïdes dans la Schizophrénie, les souvenirs envahissants et les *rêves* terrifiants dans les États de stress posttraumatiques, et les symptômes d'anxiété dans le Trouble panique et l'Anxiété généralisée, les Phobies sociales et l'Agoraphobie. Intoxication ou Sevrage peuvent aussi augmenter le risque de suicide, de violence, de comportement impulsif chez les sujets présentant une Personnalité antisociale ou borderline préexistante.

De nombreuses atteintes neurologiques (p. ex., traumatisme crânien) ou métaboliques produisent des symptômes qui ressemblent et sont parfois attribués à tort à une Intoxication ou à un Sevrage (p. ex., fluctuations du niveau de conscience, discours bredouillant, incoordination motrice). Les symptômes de maladies infectieuses peuvent

aussi se rapprocher du Sevrage à certaines substances (p. ex., une gastro- entérite virale peut ressembler à un Sevrage aux opiacés). Si les symptômes sont considérés comme une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, on doit faire un diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale. Si les symptômes sont considérés comme une conséquence physiologique directe à la fois de l'utilisation d'une substance et d'une affection médicale générale, on doit faire un diagnostic de Trouble lié à l'utilisation d'une substance et un diagnostic de Trouble mental dû à une affection médicale générale. Lorsque le clinicien ne peut déterminer si les symptômes constatés sont induits par l'utilisation d'une substance, sont dus à une affection médicale générale ou constituent des troubles mentaux primaires, on doit choisir la **Catégorie « non spécifié »** adéquate (p. ex., des symptômes psychotiques d'étiologie indéterminée seraient diagnostiqués comme Trouble psychotique non spécifié).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 concernant la Dépendance à une substance sont proches — mais non identiques — de ceux du DSM-IV. La CIM-10 inclut les 7 critères du DSM-IV mais en les condensant en 5 critères distincts seulement et ajoute un sixième item sur le désir puissant d'utiliser la substance. De plus, la façon d'établir l'existence d'une signification clinique diffère dans les deux systèmes. Le DSM-1V stipule qu'il doit y avoir un mode (l'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative alors que les critères diagnostiques de la CIM-10 mentionnent soit une durée d'un mois soit la survenue répétée des manifestations sur une période de 12 mois.

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 concernant l'Abus d'une substance sont moins spécifiques que les critères du DSM-IV ; il doit y avoir des preuves manifestes que l'utilisation d'une substance a entraîné (ou a contribué de façon significative à) la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles ». Ce trouble a été désigné sous l'appellation « d'utilisation nocive pour la santé » *(harmful use)* clans la CIM-10.

Troubles mentaux induits par une substance traités ailleurs dans ce manuel

Les Troubles induits par une substance causent des symptômes variés que l'on rencontre dans d'autres Troubles mentaux (voir Tableau 1, p. 223). Pour faciliter le diagnostic différentiel, le texte et les critères pour ces autres Troubles induits par une substance sont inclus clans les sections de ce manuel portant sur les troubles dont ils partagent la présentation clinique.

Le **Delirium induit par une substance** (voir p. 166) est inclus clans la section « Delirium, Démence, Troubles amnésiques et Autres troubles cognitifs ».

La **Démence persistante induite par une substance** (voir p. 195) est incluse dans la section « Delirium, Démence, Troubles amnésiques et Autres troubles cognitifs ».

Le **Trouble amnésique persistant induit par une substance** (voir p. 204) est inclus dans la section « Delirium, Démence, Troubles amnésiques et Autres troubles cognitifs ».

Le **Trouble psychotique induit par une substance** (voir p. 392) est inclus dans la section « Schizophrénie et Autres troubles psychotiques ». (Dans le DSM-III-R, ces troubles étaient classés comme « état hallucinatoire organique » et « syndrome délirant organique ».)

Le **Trouble de l'humeur induit par une substance** (voir p. 466) est classé clans la section « Troubles de l'humeur ».

Le **Trouble anxieux induit par une substance** (voir p. 553) est classé dans la section « Troubles anxieux ».

La **Dysfonction sexuelle induite par une substance** (voir p. 649) est classée dans la section « Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle ».

Le **Trouble du sommeil induit par une substance** (voir p. 757) est classé dans la section « Troubles du sommeil ».

De plus, le **Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs)** (voir p. 293) est inclus dans les « Troubles liés aux hallucinogènes » dans la présente section.

Dans le DSM-III-R, les Troubles induits par une substance et les Troubles mentaux dus à une affection médicale générale, étaient qualifiés de troubles « organiques » et étaient traités ensemble dans une section unique. Cette différenciation des troubles mentaux « organiques » dans une classe à part, impliquait que les troubles mentaux non organiques » ou « fonctionnels » étaient, d'une certaine manière, sans relation avec des facteurs ou des processus physiques ou biologiques. Le DSM-IV élimine le terme *organique* et distingue les troubles mentaux induits par une substance, de ceux qui sont dus à une affection médicale générale, et de ceux qui n'ont pas d'étiologie spécifiée. Le terme *trouble mental primaire* est utilisé comme un raccourci pour désigner cies troubles mentaux qui ne sont pas induits par une substance et qui ne sont pas dus à une affection médicale générale.

Le contexte dans lequel se développe un Trouble induit par une substance peut avoir d'importantes implications pour la prise en charge. Les Troubles induits par une substance peuvent se développer dans le contexte d'une Intoxication à une substance ou du Sevrage à une substance, ou ils peuvent persister longtemps après que la substance a été éliminée du corps (Troubles persistants induits par une substance). Les manifestations induites par une substance qui se développent dans le contexte d'une Intoxication à une substance peuvent être identifiées en utilisant la spécification Avec début pendant l'intoxication. Les manifestations induites par une substance se développant dans un contexte de Sevrage à une substance peuvent être identifiées en utilisant la spécification Avec début pendant le sevrage. Il faut noter qu'un diagnostic de Trouble induit par une substance, avec début pendant une intoxication ou un sevrage, ne doit être fait à la place du diagnostic d'Intoxication à une substance ou de Sevrage à une substance que dans les cas où les symptômes vont au-delà de ceux qui sont habituellement associés au syndrome d'intoxication ou de sevrage caractéristique d'une substance particulière et quand ils sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique. Par exemple, une dépression et une fatigue qui se développent à l'arrêt de l'utilisation de la cocaïne après une période prolongée de prise quotidienne de cette substance sont habituellement diagnostiquées comme Sevrage à la cocaïne, puisque ces symptômes constituent des caractéristiques typiques du syndrome de sevrage. Une dépression sévère accompagnée d'une tentative de suicide est habituel-

lement diagnostiquée comme Trouble de l'humeur induit par la cocaïne avec caractéristiques dépressives, avec début pendant le sevrage, puisqu'une dépression avec tentative de suicide se rajoute à ce qui est habituellement observé au cours du Sevrage de la cocaïne et nécessite une attention clinique en tant que telle.

Trois Troubles persistants induits par une substance sont inclus dans cette classification : la Démence persistante induite par une substance (voir p. 195) et le Trouble amnésique persistant induit par une substance (voir p. 204) dans la section « Delirium, Démence, Troubles amnésiques et Autres troubles cognitifs » et le Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes dans la rubrique « Troubles liés aux hallucinogènes » de la présente section (voir p. 293). La caractéristique essentielle d'un Trouble persistant induit par une substance, est la persistance prolongée ou permanente de symptômes liés à une substance qui continuent longtemps après la fin de l'évolution habituelle de l'Intoxication et du Sevrage.

Pour les drogues donnant lieu à abus, un diagnostic de Trouble mental induit par une substance requiert des arguments en faveur d'une Intoxication à une substance ou d'un Sevrage à une substance, à partir des antécédents, de l'examen physique, ou des résultats des examens complémentaires. Pour évaluer si les symptômes d'un trouble mental sont les effets physiologiques directs d'une substance, il est important de noter la relation chronologique entre le début et la fin de l'utilisation de la substance et le début et la fin de l'ensemble du syndrome. Si les symptômes précèdent le début de l'utilisation de la substance ou persistent pendant des périodes prolongées d'abstinence, il est probable que ces symptômes ne sont pas induits par la substance. Grosso modo, des symptômes qui persistent pendant plus de 4 semaines après l'arrêt d'une Intoxication aiguë ou d'un Sevrage, doivent être considérés comme des manifestations d'un trouble mental indépendant non induit par une substance ou d'un Trouble persistant induit par une substance. Un jugement clinique est nécessaire pour faire cette distinction, en particulier parce que chaque substance présente une durée d'intoxication et de sevrage caractéristique, et des relations diverses avec les symptômes des troubles mentaux. Étant donné que l'état de sevrage peut être relativement prolongé pour certaines substances, il est utile d'observer l'évolution des symptômes pendant une période prolongée (p. ex., au moins 4 semaines) après l'arrêt de l'Intoxication aiguë ou du Sevrage, en faisant tous les efforts pour maintenir l'abstinence du sujet. Ceci peut être accompli de diverses manières telles l'hospitalisation ou le traitement à domicile, l'exigence de visites de suivi fréquentes, le recrutement d'amis ou des membres de la famille pour aider la personne à rester abstinente, la recherche régulière, dans le sang ou clans les urines, de la présence de substances et, si c'est l'alcool qui est en cause, l'évaluation des changements des marqueurs d'état de consommation massive tels que la gamma-glutamyl-transférase (gamma-GT).

Une autre considération pour différencier un trouble mental primaire d'un Trouble induit par une substance est la présence de caractéristiques qui sont atypiques pour un trouble primaire (p. ex., début à un âge inhabituel ou évolution atypique). Par exemple, le début d'un Épisode maniaque après l'âge de 45 ans peut faire suggérer qu'il est induit par une substance. Inversement, des épisodes antérieurs du trouble sans lien avec une substance sont en faveur d'un trouble mental primaire. Enfin, la présence ou l'absence des caractéristiques spécifiques à la substance, physiologiques ou comportementales, pour l'Intoxication ou le Sevrage doit être prise en compte. Par exemple, la présence d'idées délirantes de persécution ne serait pas surprenante dans le contexte d'une Intoxication à l'amphétamine, mais serait inhabituelle dans le cas d'une Intoxication par les sédatifs, ce qui augmenterait la probabilité que les symptômes soient expliqués par

un Trouble psychotique primaire. De plus, la dose de substance utilisée doit être prise en considération. Par exemple, la présence d'idées délirantes de persécution serait inhabituelle après une simple bouffée de marijuana, mais pourrait être compatible avec de fortes doses de haschich.

Les Troubles induits par une substance peuvent aussi se produire comme effet secondaire d'une médication ou après exposition à une substance toxique. Les Troubles induits par une substance dus à un traitement prescrit pour un trouble mental ou une affection médicale générale doivent avoir débuté pendant que la personne recevait la médication (ou pendant le sevrage si la médication est associée à un syndrome de sevrage). Une fois que le traitement est arrêté, les symptômes cèdent en général en quelques jours mais ils peuvent persister jusqu'à 4 semaines environ (en fonction de la demi-vie de la substance, de la présence d'un syndrome de sevrage et de la variabilité individuelle). Si les symptômes persistent, un trouble mental primaire (sans relation avec la médication) doit être envisagé. Comme les sujets atteints d'affections médicales générales prennent souvent des médications pour leur maladie, le clinicien doit prendre en compte la possibilité que les symptômes soient une conséquence « physiologique» de l'affection médicale générale plutôt que de la médication ; dans ce cas on doit faire un diagnostic (le Trouble mental dû à une affection médicale générale. Un tel jugement peut se fonder sur les antécédents, mais un changement clans le traitement de l'affection médicale générale (p. ex., un remplacement ou un arrêt de médication) peut être nécessaire pour déterminer empiriquement si la médication est ou non l'agent causal.

Procédures d'enregistrement pour les Troubles mentaux induits par les substances traités ailleurs dans ce manuel

Le nom du diagnostic comporte celui de la substance spécifique (p. ex cocaïne, diazépam, dexaméthasone) qui est la cause présumée des symptômes. Le *code* du diagnostic est sélectionné dans la liste des classes de substances donnée clans les critères du Trouble induit par une substance spécifique. Pour les substances qui ne correspondent à aucune classe (p. ex., dexaméthasone), le code pour « Autre substance » doit être utilisé. De plus, pour les médications prescrites à des doses thérapeutiques, la médication spécifique peut être indiquée par le code Y [E] approprié sur l'Axe I (voir l'Annexe G). Le nom du trouble (p. ex., Trouble psychotique induit par la cocaïne ; Trouble anxieux induit par le diazépam) est suivi par la spécification du principal syndrome présenté et du contexte dans lequel les symptômes se sont développés (p. ex., F14.5 [292.11] Trouble psychotique induit par la cocaïne, avec idées délirantes, avec début pendant l'intoxication ; F13.8 [292.89] Trouble anxieux induit par le diazépam, avec début pendant le sevrage). Quand plusieurs substances sont considérées comme jouant un rôle significatif dans le développement des symptômes, chacune doit être indiquée séparément. Si une substance est considérée comme un facteur étiologique, mais que la substance spécifique ou la classe de substances est inconnue, la classe « Substance inconnue » doit être utilisée.

Troubles liés à l'alcool

Dans la plupart des cultures, l'alcool est le dépresseur cérébral le plus fréquemment utilisé et cause une morbidité et une mortalité considérables. Environ 90 % des adultes aux États-Unis ont fait, à un moment quelconque de leur vie, l'expérience de l'alcool et un nombre substantiel (60 % des hommes et 30 % des femmes) ont eu au moins un événement négatif dans leur vie du fait de l'alcool (p. ex., conduite après avoir consommé trop d'alcool, absence à l'école ou au travail du fait d'une « gueule de bois »). Heureusement, la plupart des individus apprennent, à partir de ces expériences, à boire plus modérément et ne développent ni Dépendance ni Abus alcoolique.

Cette section contient des précisions spécifiques des Troubles liés à l'alcool. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) ou de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent quelle que soit la substance. L'application de ces critères généraux à la Dépendance alcoolique et à l'Abus d'alcool est indiquée ci-dessous. Cependant, il n'y a pas de critères spécifiques supplémentaires pour la Dépendance alcoolique ou l'Abus d'alcool. Les textes et les critères spécifiques pour l'intoxication alcoolique et le Sevrage alcoolique sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles induits par l'alcool (autres que l'Intoxication et le Sevrage alcoolique) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., un Trouble de l'humeur induit par l'alcool est inclus dans la section des « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation de l'alcool et des Troubles induits par l'alcool est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation d'alcool

F10.2x [303.90] Dépendance alcoolique (voir p. 246)
F10.1 [305.00] Abus d'alcool (voir p. 247)

Troubles induits par l'alcool

F10.0x [303.00] Intoxication alcoolique (voir p. 247)
F10.3x [291.81] Sevrage alcoolique (voir p. 248).
Spécifier si : Avec perturbations des perceptions
F10.03 [291.0] Delirium par intoxication alcoolique (voir p. 166)
F10.4x [291.0] Delirium du sevrage alcoolique (voir p. 168)
F10.73 [291.2] Démence persistante induite par l'alcool (voir p. 195)
F10.6 [291.1] Trouble amnésique persistant induit par l'alcool (voir p. 204)
F10.51 [291.5] Trouble psychotique induit par l'alcool, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.52 [291.3] Trouble psychotique induit par l'alcool, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.8 [291.89] **Trouble de l'humeur induit par l'alcool** (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.8 [291.89] Trouble anxieux induit par l'alcool (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.8 [291.89] Dysfonction sexuelle induite par l'alcool (voir p. 649).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.8 [291.89] Troubles du sommeil induits par l'alcool (voir p. 757).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F10.9 [291.9] Trouble lié à l'utilisation d'alcool non spécifié (voir p. 257)

Troubles liés à l'utilisation d'alcool

F 10.2x [303.901 Dépendance alcoolique

Se référer aussi au texte et aux critères de la Dépendance à une substance (voir p. 228). L'existence d'une dépendance physique à l'alcool repose sur la mise en évidence d'une tolérance ou de symptômes de Sevrage. Plus particulièrement si elle est associée à des antécédents de sevrage, la dépendance physique traduit une évolution clinique globale plus *sévère* (p. ex., un début plus précoce avec des prises en quantités plus importantes, davantage de problèmes liés à l'alcool). Le Sevrage alcoolique (voir p. 248) est caractérisé par le développement de symptômes de sevrage de 4 à 12 heures environ après la réduction des prises en cas d'ingestion massive et prolongée d'alcool. Les sujets qui ont une Dépendance alcoolique peuvent continuer à consommer de l'alcool malgré ses effets néfastes, souvent pour éviter ou pour atténuer les conséquences du sevrage parce que le Sevrage alcoolique peut être déplaisant et entraîner des manifestations intenses. Certains symptômes de sevrage (p. ex., des troubles du sommeil) peuvent persister à une intensité moindre pendant plusieurs mois. Une minorité substantielle de sujets qui ont une Dépendance alcoolique n'éprouvent jamais un Sevrage alcoolique qui ait une signification clinique, et seulement 5 % (environ) des sujets ayant une Dépendance alcoolique présentent des complications graves du sevrage (p. ex., delirium, convulsions de type grand mal). Une fois qu'un mode d'utilisation compulsive se développe, les sujets ayant une Dépendance peuvent passer des périodes de temps substantielles à obtenir et à consommer des boissons alcoolisées. Ces sujets continuent souvent leur prise d'alcool malgré ses effets néfastes, sur le plan psychologique ou physique (p. ex., dépression, trous de mémoire, maladie hépatique, ou autres complications).

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent être appliquées au diagnostic de Dépendance alcoolique. Elles doivent être codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
2 Traitement par agoniste
1 En environnement protégé

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

F10.1 1305.00] Abus d'alcool

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Abus d'une substance (voir p. 229). L'Abus d'alcool nécessite un nombre moins élevé de symptômes et peut donc être moins sévère que la Dépendance ; il est retenu une fois que l'on a éliminé le diagnostic de Dépendance. Les performances scolaires ou professionnelles peuvent souffrir des effets retardés d'une prise d'alcool ou d'une intoxication pendant le travail ou à l'école ; l'éducation des enfants ou les tâches ménagères peuvent être négligées ; et dus absences liées a l'alcool peuvent se produire à l'école ou au travail. La personne peut utiliser l'alcool dans des circonstances physiquement dangereuses (p. ex., conduite d'une automobile ou utilisation d'une machine en état d'ivresse). Des difficultés judiciaires peuvent survenir à cause de l'utilisation de l'alcool (p. ex., arrestation pour état d'ivresse, ou pour conduite en état d'ivresse). Enfin, les sujets ayant un Abus (l'alcool peuvent continuer à en consommer bien qu'ils sachent qu'une poursuite de la consommation leur pose des problèmes sociaux ou interpersonnels significatifs (p. ex., disputes violentes avec le conjoint, mauvais traitements à enfants). Quand ces problèmes sont accompagnés par des arguments en faveur d'une tolérance, d'un sevrage ou d'un comportement compulsif liés à l'utilisation d'alcool, un diagnostic de Dépendance, plutôt que d'Abus d'alcool doit être envisagé. Cependant, puisque certains symptômes de tolérance, de sevrage ou d'utilisation compulsive peuvent survenir chez des sujets atteints d'Abus mais non de Dépendance, il est important de déterminer si les critères complets de Dépendance sont remplis.

Troubles induits par l'alcool

F10.0x 1303.001 Intoxication alcoolique

Se référer au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle d'une Intoxication alcoolique 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 (Critères A et B). Ces changements s'accompagnent d'un discours bredouillant, d'une incoordination motrice, d'une démarche ébrieuse, d'un nystagmus, d'une altération de l'attention ou de la mémoire, de stupeur ou de coma (Critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D). Le tableau résultant est semblable à ce qu'on observe lors d'une Intoxication par les benzodiazépines ou les barbituriques. L'incoordination peut atteindre un niveau où elle interfère avec la capacité à conduire et avec la réalisation de certaines activités 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 du sujet ou d'un autre observateur des informations sur les antécédents, et, si nécessaire, en procédant à des analyses toxicologiques dans l'air expiré, le sang ou les urines.

Critères diagnostiques de F10.0x [303.001 L'intoxication alcoolique

A. Ingestion récente d'alcool.

B. Changements inadaptés, comportementaux ou psychologiques, cliniquement significatifs, (par exemple : comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.

C. Au moins un des signes 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

F10.3x [291.811 Sevrage alcoolique

Se référer aussi au texte et aux critères pour le sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle du Sevrage alcoolique est la présence d'un syndrome spécifique de sevrage qui se développe après l'interruption (ou la réduction) d'une utilisation massive et prolongée d'alcool (Critères A et B). Le syndrome de sevrage inclut au moins deux des symptômes suivants : hyperactivité neurovégétative (par

exemple, transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100) ; augmentation du tremblement des mains ; insomnie ; nausées ou vomissements ; hallucinations ou illusions transitoires, visuelles, tactiles ou auditives ; agitation psychomotrice ; anxiété ; et crises convulsives de type grand mal. Quand des hallucinations ou des illusions sont observées, le clinicien peut spécifier Avec perturbations des perceptions (voir ci-dessous). 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 symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, ou Anxiété généralisée) (Critère D). Les symptômes peuvent être soulagés par l'administration d'alcool ou de tout autre dépresseur cérébral. Les symptômes de sevrage débutent typiquement quand les concentrations sanguines (l'alcool diminuent de manière abrupte (c.-à-d. clans les 4 à 12 heures) après l'arrêt ou la réduction de la prise d'alcool. Cependant, les symptômes de sevrage peuvent se développer après des durées plus longues (allant jusqu'à quelques jours). Les symptômes de Sevrage alcoolique sont en général à leur acmé au cours du second jour d'abstinence à cause de la courte demi- vie de l'alcool, et sont susceptibles de s'améliorer de manière notable vers le quatrième ou cinquième jour. Toutefois, au terme du Sevrage aigu, des symptômes d'anxiété, d'insomnie, et (le dysfonctionnement végétatif peuvent persister jusqu'à 3 à 6 mois, à des niveaux d'intensité moins importants.

Moins de 10 % des sujets qui développent un Sevrage alcoolique présentent des symptômes spectaculaires (p. ex., une hyperactivité neurovégétative sévère, des tremblements, et un Delirium du sevrage alcoolique). Des crises convulsives de type grand mal se produisent chez moins de 3 % des sujets. Le Delirium du sevrage alcoolique (p. 168) inclut des altérations de la conscience et de la cognition, et des hallucinations visuelles, tactiles ou auditives (« delirium tremens » ou « DT »). Quand un Delirium du sevrage alcoolique se développe, une affection médicale générale cliniquement significative est vraisemblablement présente (p. ex., insuffisance hépatique, pneumonie, hémorragie digestive, séquelles de trauma crânien, hypoglycémie, déséquilibre électrolytique, ou suites opératoires).

Spécification

La spécification suivante peut s'appliquer au diagnostic de Sevrage alcoolique :

Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, Ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles, en l'absence d'un delirium. Une appréciation intacte de la réalité, signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand les hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques du F10.3x [291.81] Sevrage alcoolique

A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'alcool qui a été massive et prolongée.

B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après le Critère A :

(1) hyperactivité neurovégétative (par exemple, transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100)
(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 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 symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si :
Avec perturbations des perceptions

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 : Delirium par intoxication alcoolique (p. 166), Delirium du sevrage alcoolique (p. 168), Démence persistante induite par l'alcool (p. 195), Trouble amnésique persistant induit par l'alcool (p. 204), Trouble psychotique induit par l'alcool (p. 392), Trouble de l'humeur induit par l'alcool (p. 466), Trouble anxieux induit par l'alcool (p. 553), **Dysfonction** sexuelle induite par l'alcool (p. 649), Trouble du sommeil induit par l'alcool (voir p. 757). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication alcoolique ou du Sevrage alcoolique que si les symptômes sont plus marqués que ceux qui sont en général associés à un syndrome d'Intoxication ou de Sevrage alcoolique et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier par eux-mêmes un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à l'alcool

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. La Dépendance et l'Abus alcoolique sont souvent associés à une Dépendance ou un Abus portant sur d'autres substances (p. ex., cannabis ; cocaïne ; héroïne ; amphétamines ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; et nicotine). L'alcool peut être utilisé pour soulager des effets indésirables de ces autres substances ou pour se substituer à elles quand elles ne sont pas disponibles. Des symptômes de dépression, d'anxiété et d'insomnie accompagnent fréquemment la Dépendance alcoolique et parfois la précèdent. L'Intoxication alcoolique est parfois associée à une amnésie pour les événements qui se sont produits pendant l'intoxication (« trous de mémoire »). Ce phénomène pourrait être lié à la présence d'un taux élevé (l'alcool dans *le* sang, et, peut-être, à la rapidité avec laquelle ce taux est atteint.

Les Troubles liés à l'alcool sont associés à une augmentation significative du risque d'accidents, de violence et de suicide. On estime que dans certains hôpitaux urbains à peu près 20 % des admissions en unité de soins intensifs sont liés à l'alcool, et que 40 % des personnes vivant aux États-Unis ont eu à un moment ou à un autre de leur vie un accident lié à l'alcool, l'alcool pouvant être mis en cause dans les accidents mortels de la route dans 55% des cas. Une Intoxication alcoolique sévère, spécialement *chez* les sujets présentant une Personnalité antisociale peut être associée à la perpétration (l'actes criminels. Par exemple, on pense que plus de la moitié de tous les meurtriers et de leurs victimes étaient en état d'intoxication alcoolique au moment du meurtre. Une Intoxication alcoolique sévère contribue aussi à la désinhibition et à des sentiments *de* tristesse et d'irritabilité, qui jouent un rôle dans les tentatives de suicide et les suicides. Les Troubles liés à l'alcool contribuent à l'absentéisme au travail, aux accidents du travail, et à une faible productivité de l'employé. L'Abus et la Dépendance alcoolique, en même temps que l'Abus et la Dépendance à d'autres substances sont fréquents *chez* les sujets les sujets quels que soient le niveau d'éducation et le statut socio-économique. Le taux des Troubles liés à l'alcool se révèle élevé chez les sans domicile fixe, ce qui traduit peut-être une spirale descendante dans le fonctionnement social et professionnel, bien que de nombreuses personnes atteintes de Dépendance ou d'Abus conservent (les relations avec leur famille et maintiennent leur activité professionnelle. Les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux et la Schizophrénie peuvent aussi être associés à une Dépendance alcoolique. Certaines données suggèrent que l'association rapportée entre dépression et Dépendance à l'alcool peut être attribuée au moins en partie à des symptômes dépressifs comorbides liés aux effets aigus de l'intoxication ou au sevrage.

Examens complémentaires. L'élévation (> 30 unités) de la gamma-glutamyl- transférase (gamma-GT) est un indicateur paraclinique sensible d'une consommation massive. Ce résultat peut être la seule anomalie biologique. Au moins 70 % des sujets avant des gamma-GT élevées sont de gros buveurs réguliers (c.-à-d. des sujets consommant au moins huit verres par jour de façon régulière). Un autre examen ayant une spécificité comparable, voire supérieure, est le dosage de la transferrine désyalisée (*Carbohydrate Déficient Transferrin*, CDT). Des taux supérieurs à 20 unités sont utiles

pour identifier des sujets consommant régulièrement au moins huit verres par jour. Puisque les gamma-GT et la CDT reviennent à la normale quelques jours ou quelques semaines après l'arrêt des boissons alcoolisées, ces deux marqueurs d'état sont utiles pour surveiller l'abstinence, plus particulièrement lorsque le clinicien observe une augmentation de ces valeurs avec le temps, plutôt qu'une diminution. L'association du dosage de la CDT et des gamma-GT peut même avoir une sensibilité et une spécificité plus élevées que l'un ou l'autre de ces dosages utilisés seuls. Le volume globulaire moyen (VGM) peut-être élevé, tout en restant dans les limites de la normale, chez des sujets qui boivent beaucoup, 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 longue durée de vie 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 consécutive aux excès de boissons. On peut observer une élévation des taux de lipides dans le sang (p. ex., triglycérides et lipoprotéines du cholestérol), résultant de la diminution de la néoglucogenèse associée à des excès *de* boissons. L'élévation des taux de lipides dans le sang contribue aussi au développement d'une stéatose hépatique. Des taux d'acide urique élevés mais dans la limite de la normale peuvent être liés à des excès de boissons, mais ils sont relativement aspécifiques. L'examen le plus direct disponible pour mesurer la consommation alcoolique à un moment donné est l'alcoolémie, qui peut aussi être utilisée pour juger de la tolérance à l'alcool. On peut présumer qu'un sujet qui ne présente pas de signes d'intoxication, avec une concentration de 100 mg d'éthanol par décilitre de sang, a acquis au moins un certain degré de tolérance à l'alcool. A 200 mg/dl, la plupart des sujets qui n'ont pas de tolérance présentent une intoxication sévère.

Examen physique et affections médicales générales associées. La prise répétée de fortes doses d'alcool peut toucher à peu près n'importe quel système ou organe, spécialement le système gastro-intestinal, le système cardio-vasculaire, et le système nerveux, central et périphérique. Les atteintes gastro-intestinales incluent les gastrites, les ulcères gastriques ou duodénaux, et, chez environ 15 % de ceux qui utilisent massivement l'alcool, une cirrhose du foie et/ou une pancréatite. Il existe aussi une incidence augmentée de cancers de l'oesophage, de l'estomac, et d'autres segments du tube digestif. Une des maladies somatiques les plus communément associées est une hypertension modérée. Les cardiomyopathies et les autres myopathies sont moins fréquentes mais surviennent avec une incidence augmentée chez ceux qui boivent de façon massive. Ces facteurs, avec l'augmentation nette des taux de triglycérides et des lipoprotéines du cholestérol à faible densité, conduisent à une élévation du risque de maladie cardiaque. Les neuropathies périphériques peuvent se manifester par une faiblesse musculaire, des paresthésies, et une diminution de la sensibilité périphérique. Les effets plus persistants sur le système nerveux central sont les déficits cognitifs, les altérations sévères de la mémoire, et des modifications cérébelleuses de type dégénératif. Ces effets sont liés à des carences vitaminiques (en particulier en vitamine B, notamment la thiamine). Un des effets les plus dévastateurs sur le système nerveux central est le Trouble amnésique persistant induit par l'alcool (p. 204) (syndrome de Wernicke-Korsakoff), relativement rare, où la capacité d'encoder de nouveaux souvenirs est sérieusement altérée.

Au niveau physique, de nombreux symptômes et éléments associés aux Troubles liés à l'alcool, sont une conséquence des maladies notées ci-dessus. Exemples : dys-

pepsie, nausées, et éructations qui accompagnent les gastrites, hépatomégalie, varices oesophagiennes et hémorroïdes qui accompagnent les modifications hépatiques induites par l'alcool. D'autres signes physiques comprennent les tremblements, la démarche ébrieuse, l'insomnie et les dysfonctionnements de l'érection. Les hommes avant une Dépendance alcoolique chronique peuvent présenter une diminution de la taille des testicules et des signes de féminisation associés à une diminution du taux de testostérone. Les excès de boissons répétés chez les femmes sont associés à des irrégularités menstruelles et, au cours de la grossesse, à des avortements spontanés et au syndrome d'alcoolisme foetal. 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 alcoolique peut être associé à des nausées, des vomissements, une gastrite, une hématémèse, une sécheresse de la bouche, un aspect bouffi et couperosé et des œdèmes périphériques modérés. L'Intoxication alcoolique peut conduire à des chutes et des accidents qui peuvent causer fractures, hématomes sous-duraux et autres formes de traumatismes cérébraux. Les Intoxications alcooliques sévères et répétées peuvent bloquer les mécanismes immunitaires et prédisposer les sujets aux infections ou augmenter le risque de cancer. Enfin, un Sevrage alcoolique inopiné chez des patients hospitalisés pour lesquels un diagnostic de Dépendance alcoolique n'a pas été porté, peut augmenter les risques, les coûts et la durée d'hospitalisation.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les traditions culturelles relatives à la consommation d'alcool dans les réunions familiales, religieuses et sociales, spécialement pendant l'enfance, peuvent affecter à la fois les modes d'utilisation de l'alcool et la probabilité que des problèmes liés à l'alcool se développent. Des différences notables caractérisent la quantité, la fréquence et les modalités de la consommation d'alcool selon les pays. Dans la plupart des cultures asiatiques, la prévalence globale des Troubles liés à l'alcool serait relativement basse et le rapport entre hommes et femmes élevé. Ces résultats semblent liés à l'absence chez environ 50 % des Japonais, Chinois et Coréens, de la forme de l'aldéhyde déshydrogénase qui élimine le premier produit du catabolisme de l'alcool, l'acétaldéhyde, quand ses taux sont bas. Si les sujets totalement dépourvus de cette enzyme — on estime leur pourcentage à 10 % —, consomment de l'alcool, ils ressentent une rougeur du visage et des palpitations pouvant être si sévères qu'un grand nombre d'entre eux ne boit plus du tout par la suite. Les sujets de cette population ayant un déficit relatif de cette enzyme — on estime leur pourcentage à 40 % — ressentent une rougeur moins intense mais présentent tout de même un risque réduit de façon significative de développer un Trouble lié à l'utilisation de l'alcool. Aux États-Unis, les blancs et les Afro-américains ont des taux à peu près identiques d'Abus et de Dépendance alcoolique. Les hommes d'origine latino-américaine ont des taux un peu plus élevés, bien que la prévalence soit plus faible chez les femmes de cette origine que chez les femmes d'autres groupes ethniques. Un niveau scolaire médiocre, le chômage, et un niveau socio-économique faible peuvent bien qU tl soit souvent difficile de séparer la cause des effets. Le nombre d'années de scolarité n'est peut-être pas aussi important pour déterminer le risque, que le fait d'avoir atteint ou non un objectif éducatif (p. ex., ceux qui abandonnent le collège ou le lycée ont des taux particulièrement élevés de Troubles liés à l'alcool).

Parmi les adolescents, les Troubles des conduites, et des comportements antisociaux répétés, sont souvent concomitants de l'Abus et de la Dépendance alcoolique, et d'autres Troubles liés à une substance. Les modifications physiques chez les personnes âgées ont pour résultat une sensibilité accrue du cerveau aux effets &presseurs de l'alcool, une diminution du taux de métabolisme hépatique pour diverses substances, y compris l'alcool, et une diminution du pourcentage d'eau dans le corps. Ces changements peuvent amener les personnes âgées à développer des intoxications et des problèmes plus sévères après des consommations peu importantes. Les problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées sont aussi particulièrement susceptibles d'être associés à d'autres complications médicales.

L'Abus d'alcool et la Dépendance alcoolique sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, avec un sex-ratio pouvant atteindre 5/1, mais ce rapport varie de façon importante en fonction de la classe d'âge. En général, les femmes commencent à boire à un âge plus avancé de plusieurs années que les hommes, mais une fois que se développe un Abus d'alcool ou une Dépendance alcoolique chez les femmes, le trouble semble progresser un peu plus vite. Cependant, l'évolution clinique de la Dépendance alcoolique chez l'homme et chez la femme comporte plus de points communs que de différences.

Prévalence

L'utilisation de l'alcool a une prévalence élevée dans la plupart des pays occidentaux, avec une consommation par adulte aux États-Unis estimée à 8,2 litres d'alcool pur pour l'année 1994. Selon les enquêtes ou les méthodes utilisées, 2/3 à 90 % des adultes vivant aux États-Unis ont consommé de l'alcool, avec des chiffres plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 1996, une enquête nationale a indiqué qu'environ 70 % des hommes et 60 % des femmes consommaient de l'alcool, résultats variant avec l'âge, la prévalence la plus élevée (77 %) étant retrouvée entre l'âge de 26 et 34 ans. On a rapporté des pourcentages plus élevés de buveurs dans les zones urbaines et côtières des États-Unis, les différences entre les groupes ethniques étant peu importantes. Il faut noter que, comme ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, on ignore combien de sujets prenant de l'alcool ont les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus.

Peut-être en raison des différences dans la méthodologie des enquêtes et (les changements dans les critères diagnostiques au cours des années, l'estimation de la prévalence de l'Abus d'alcool et de la Dépendance alcoolique a varié de façon marquée au cours des différentes études. Cependant, au milieu des années 1990, si l'on retient les critères du DSM-III-R et du DSM-IV, le risque sur la vie entière de la Dépendance alcoolique était d'environ 15 % dans la population générale. 1.e taux global de Dépendance alcoolique actuelle (correspondant aux sujets dont le mode d'utilisation de l'alcool a rempli les critères de Dépendance au cours de l'année écoulée) approche probablement les 5 %.

Évolution

Le premier épisode d'Intoxication alcoolique est susceptible de se produire au milieu de l'adolescence, l'âge de début pour une Dépendance alcoolique passant par un

maximum entre 20 et 35 ans. La grande majorité de ceux qui développent un Trouble lié à l'alcool le font avant quarante ans. Les premières manifestations d'un Sevrage apparaissent habituellement après que de nombreux autres aspects d'une Dépendance se soient développés. La Dépendance et l'Abus alcoolique ont une évolution variable, souvent caractérisée par des périodes de rémission et de rechute. Une décision d'arrêter de boire, souvent en réponse à une crise, est susceptible d'être suivie, pendant au moins quelques semaines, d'une abstinence qui est souvent suivie de périodes limitées où la boisson est contrôlée ou ne pose pas de problèmes. Cependant, une fois que la consommation d'alcool a repris, il est hautement probable que la consommation va rapidement croître et que des problèmes sévères vont à nouveau se développer. Les cliniciens ont souvent l'impression erronée que la Dépendance et l'Abus alcoolique sont des maladies incurables du fait que ceux qui se présentent pour être traités ont, typiquement, des antécédents de troubles sévères liés à l'alcool, depuis plusieurs années. Toutefois, les cas les plus sévères représentent seulement une faible proportion des sujets ayant une Dépendance ou un Abus alcoolique, et, typiquement, la personne présentant un Trouble lié à l'alcool a un pronostic beaucoup plus favorable. Les études de suivi de sujets ayant une activité relativement satisfaisante, montrent un taux d'abstinence à 1 an supérieur à 65 % après traitement. Chez les sujets atteints de Dépendance alcoolique ayant un moins bon niveau de fonctionnement et n'ayant pas de domicile fixe, après la mise en application d'un programme thérapeutique, le taux d'abstinence à 3 mois peut atteindre tout de même 60 %, et 45 % à un an. Certains sujets (peut-être 20 % ou plus) ayant une Dépendance alcoolique parviennent à une sobriété prolongée, même en l'absence de traitement actif.

Même lors d'Intoxications alcooliques légères, des symptômes différents peuvent être observés selon les moments. Tôt après l'ingestion, quand les niveaux d'alcool dans le sang s'élèvent, les symptômes comprennent souvent une envie de parler, une sensation de bien-être, et une humeur vive et expansive. Plus tard, en particulier quand les niveaux d'alcool dans le sang diminuent, le sujet peut devenir progressivement plus déprimé, replié, et avoir une altération cognitive. Avec de très hauts niveaux d'alcool clans le sang (p. ex., 200-300 mg/dl), un sujet non tolérant peut s'endormir et entrer dans le premier stade de l'anesthésie. Des niveaux d'alcool clans le sang encore plus élevés (p. ex., au-delà de 300-400 mg/dl) peuvent causer une inhibition respiratoire et une diminution de la fréquence cardiaque voire la mort chez des sujets qui ne présentent pas une tolérance. La durée de l'intoxication dépend de la quantité d'alcool consommée et sur quelle durée. En général, le corps peut métaboliser environ un verre par heure, le niveau d'alcool clans le sang descendant, habituellement, à un rythme de 15-20 mg/dl par heure. Les signes et les symptômes d'intoxication sont probablement plus intenses quand l'alcoolémie augmente que quand elle décroît.

Aspects familiaux

La Dépendance alcoolique a souvent un aspect familial et on estime que 40 à 60 % de la variance du risque peut être expliquée par des facteurs génétiques. Le risque d'une Dépendance alcoolique est trois ou quatre fois plus élevé chez les parents proches de personnes ayant une Dépendance alcoolique. Le risque est d'autant plus élevé que le nombre de parents affectés est plus important, qu'il y a une plus grande proximité génétique, et que le problème lié à l'alcool chez le parent touché est plus sévère. La plupart des études ont trouvé un risque significativement plus élevé de Dépendance alcoolique

chez le jumeau monozygote que chez le jumeau dizygote d'une personne présentant une Dépendance alcoolique. Les études d'adoption ont révélé une augmentation du risque de Dépendance alcoolique par un facteur trois ou quatre chez les enfants de sujets présentant une Dépendance alcoolique quand ces enfants étaient adoptés dès leur naissance et élevés par des parents adoptifs qui n'avaient pas ce trouble. Cependant le facteur génétique explique seulement une partie du risque de Dépendance alcoolique, une partie significative du risque provenant de facteurs environnementaux ou interpersonnels comme l'attitude culturelle vis-à-vis de la boisson et de l'ivresse, la disponibilité de l'alcool (y compris son prix), les attentes concernant les effets de l'alcool sur l'humeur et le comportement, les expériences personnelles acquises avec l'alcool et le stress.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par l'alcool peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., une humeur dépressive) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble dépressif majeur pour le Trouble *de* l'humeur induit par l'alcool, avec des caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel.

L'incoordination et l'altération du jugement qui sont associés à l'Intoxication alcoolique peuvent ressembler aux symptômes de **certaines affections médicales générales** (p. ex., l'acidocétose diabétique, les ataxies cérébelleuses, et d'autres maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques). De même, les symptômes du Sevrage alcoolique peuvent être imités par ceux de **certaines affections médicales générales** (p. ex., l'hypoglycémie et l'acidocétose diabétique). Le **tremblement essentiel,** un trouble qui a souvent un caractère familial, peut évoquer la tendance à la trémulation associée au Sevrage alcoolique.

L'Intoxication alcoolique (en dehors de l'odeur d'alcool de l'haleine) ressemble beaucoup à **l'Intoxication par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.** La présence d'alcool dans l'haleine n'exclut pas en soi les intoxications par d'autres substances car l'utilisation concomitante de plusieurs substances n'est pas inhabituelle. Bien qu'une intoxication à un moment de la vie soit susceptible d'apparaître dans les antécédents de la plupart des sujets qui boivent de l'alcool, quand un tel phénomène se produit régulièrement ou cause (les anomalies, il est important de prendre en compte la possibilité d'un diagnostic de Dépendance alcoolique ou d'Abus d'alcool. Le **Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** produit un syndrome très semblable à celui du Sevrage alcoolique.

L'Intoxication alcoolique ou le Sevrage alcoolique se distingue des autres Troubles induits par l'alcool (p. ex., Trouble anxieux induit par l'alcool, avec début pendant le sevrage) dans la mesure où les symptômes de ces derniers troubles vont au-delà de ceux qui sont en général associés à l'Intoxication alcoolique ou au Sevrage alcoolique et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique. **L'intoxication idiosyncrasique par l'alcool,** définie comme une modification comportementale notable, en général faite d'agressivité, à la suite de l'ingestion d'une quantité relativement faible d'alcool, était incluse dans le DSM-III-R. Comme la littérature ne comportait que peu d'arguments en faveur de la validité de cette entité, elle n'est plus incluse en tant que diagnostic dans le DSM-IV. Pour de tels tableaux, le dia-

gnostic le plus probable serait Intoxication alcoolique ou Trouble lié à l'alcool non spécifié.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont approximativement les mêmes à l'exception des suivants : les critères diagnostiques pour la recherche pour l'Intoxication alcoolique mentionnent le faciès vultueux et l'injection conjonctivale. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour le Sevrage alcoolique exigent la présence de 3 symptômes parmi une liste de 10 qui comprennent les céphalées, la transpiration et la tachycardie (les 2 derniers étant séparés en 2 items distincts).

F10.9 [291.91 Trouble lié à l'alcool, non spécifié

La catégorie Trouble lié à l'alcool non spécifié s'applique à des troubles associés à l'utilisation d'alcool qui ne peuvent être classés comme Dépendance alcoolique, Abus d'alcool, Intoxication alcoolique, Sevrage alcoolique, Delirium par intoxication alcoolique, Delirium du sevrage alcoolique, Démence persistante induite par l'alcool, Trouble amnésique persistant induit par l'alcool, Trouble psychotique induit par l'alcool, Trouble de l'humeur induit par l'alcool, Trouble anxieux induit par l'alcool, Dysfonction sexuelle induite par l'alcool ou Trouble du sommeil induit par l'alcool.

Troubles liés à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)

La classe de l'amphétamine ou des substances analogues à l'amphétamine comprend toutes les substances possédant une structure de phényléthylamine substituée, telles que l'amphétamine, la dexamphétamine et la métamphétamine (« speed »). Sont aussi incluses les substances qui ont une structure différente mais ont cependant une activité de type amphétaminique telles que le méthylphénidate, et d'autres agents utilisés comme anorexigènes (« coupe-faim »). Ces substances sont en général prises par voie orale ou intraveineuse, bien que la métamphétamine puisse aussi être prise par voie nasale (« sniffer »). Une forme très pure de métamphétamine est appelée « glace » à cause de l'aspect de ses cristaux quand on les regarde après agrandissement. Du fait de son excellente pureté et de son point de vaporisation relativement bas, la « glace » peut être fumée pour produire un effet stimulant immédiat et puissant (comme avec le « crack » pour la cocaïne). En plus des composés synthétiques amphétaminiques, il existe des stimulants naturels d'origine végétale, tels que le khat qui peuvent entraîner un Abus ou une Dépendance. Contrairement à la cocaïne qui est pratiquement toujours achetée illégalement, les amphétamines et les autres stimulants peuvent être obtenus sur prescription pour le traitement de l'obésité, du Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, et de la Narcolepsie. Les stimulants prescrits ont parfois été détournés vers le marché illégal, souvent dans le contexte de programmes de contrôle du poids. La

plupart des effets des amphétamines et des drogues de type amphétaminique sont semblables à ceux *de* la cocaïne. Cependant, contrairement à la cocaïne, ces substances n'ont pas (l'effet anesthésique local (c.-à-d. pas d'effets sur les canaux ioniques de la membrane) : de ce fait le risque qu'elles induisent certaines affections médicales générales (p. ex., arythmies cardiaques et convulsions) pourrait être moins élevé. Les effets psychoactifs de la plupart des substances amphétaminiques durent plus longtemps que ceux de la cocaïne, et leurs effets sympathomimétiques périphériques peuvent être plus puissants.

Cette section contient des précisions qui sont spécifiques aux Troubles liés à l'amphétamine. Des textes et des critères ont déjà été présentés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent quelle que soit la substance. L'application de ces critères généraux à la Dépendance à l'amphétamine et à l'Abus d'amphétamine est indiquée ci-dessous. Cependant, il n'y a pas de critères spécifiques pour la Dépendance à l'amphétamine ou l'Abus d'amphétamine. Des textes et des critères spécifiques pour l'Intoxication à l'amphétamine et pour le Sevrage à l'amphétamine sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles induits par l'amphétamine (autres que l'Intoxication et le Sevrage à l'amphétamine) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par l'amphétamine est inclus dans la section « Troubles (le l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation de l'amphétamine et des Troubles induits par l'amphétamine est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation de l'amphétamine

F15.2x [304.40] Dépendance à l'amphétamine (voir p. 259)
F15.1 [305.70] **Abus d'amphétamine** (voir p. 260)

Troubles induits par l'amphétamine

F15.0x [292.89] Intoxication à l'amphétamine (voir p. 260).
Spécifier si : Avec perturbations des perceptions
F15.3x [292.0] Sevrage à l'amphétamine (voir p. 262)
F15.03 [292.81] **Delirium par intoxication à l'amphétamine** (voir p. 166)
F15.51 [292.11] Trouble psychotique induit par l'amphétamine, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : Avec début pendant l'intoxication
F15.52 [292.12] Trouble psychotique induit par l'amphétamine, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F15.8 [292.84] **Trouble de l'humeur induit par l'amphétamine** (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication avec début pendant le sevrage
F15.8 [292.89] Trouble anxieux induit par l'amphétamine (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F15.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine (voir p. 649).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F15.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par l'amphétamine (voir p. 757).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage.

F15.9 [292.9] **Trouble induit par l'amphétamine, non spécifié** (voir p. 266).

Troubles liés à l'utilisation de l'amphétamine

F 1 5.2x [304.401 Dépendance à l'amphétamine

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). Les modes d'utilisation et l'évolution de la Dépendance à l'amphétamine sont similaires à ceux de la Dépendance à la cocaïne parce que les deux substances sont de puissants stimulants du système nerveux central avec des effets psychoactifs et sympathomimétiques similaires. Cependant, les amphétamines ont une plus longue durée d'action que la cocaïne et sont donc, en général, autoadministrés avec une moindre fréquence quotidienne. Comme pour la Dépendance à la cocaïne, l'usage peut être chronique ou épisodique, avec des déchaînements (« défonces ») ponctués de brève périodes sans drogue. Un comportement agressif ou violent est associé à la Dépendance à l'amphétamine, spécialement si de fortes doses sont fumées, ingérées ou administrées par voie intraveineuse. Comme avec la cocaïne, une anxiété intense mais transitoire ressemblant à un Trouble panique ou à un Trouble anxiété généralisée, une Schizophrénie, type paranoïde, sont fréquemment rencontrés, spécialement en cas d'utilisation de fortes doses. Une tolérance aux amphétamines se développe et conduit souvent à une augmentation substantielle des doses. Inversement, certains sujets ayant une Dépendance à l'amphétamine développent une sensibilisation qui se caractérise par une augmentation progressive d'un effet avec la répétition des prises. Dans ces cas, de petites doses peuvent produire des effets stimulants marqués et d'autres effets indésirables psychiques ou neurologiques.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent être appliquées au diagnostic de Dépendance à l'amphétamine. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

Rémission précoce complète
Rémission précoce partielle
Rémission prolongée complète
Rémission prolongée partielle
En environnement protégé

F15.1 [305.70] Abus d'amphétamine

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). Même des sujets dont le mode d'utilisation ne remplit pas les critères de Dépendance peuvent développer de multiples problèmes liés à ces substances. Typiquement, des difficultés légales surviennent en rapport avec le comportement pendant une intoxication par les amphétamines (spécialement un comportement agressif), ou lors de l'obtention de la drogue sur le marché illégal ou encore de la détention ou de l'utilisation de la drogue. Les sujets présentant un Abus (l'amphétamine commettent parfois des actes illégaux (p. ex., fabrication d'amphétamine, vol) pour obtenir la drogue ; cependant ce comportement est plus habituel chez les patients qui présentent une Dépendance. Les sujets peuvent continuer à utiliser la substance bien qu'ils sachent que la poursuite de l'utilisation conduit à des disputes avec des membres de la famille quand le sujet est intoxiqué, ou constitue un mauvais exemple pour les enfants ou les autres membres proches de la famille. Quand ces problèmes s'accompagnent de manifestations de tolérance, de sevrage ou d'un comportement compulsif, un diagnostic de Dépendance à l'amphétamine plutôt que celui d'Abus doit être envisagé. Cependant, puisque certains symptômes de tolérance, de sevrage ou d'utilisation compulsive peuvent survenir chez des sujets atteints d'Abus mais non de Dépendance, il est important de préciser si les critères complets de Dépendance sont remplis.

Troubles induits par l'amphétamine

F15.0x [292.89] Intoxication à l'amphétamine

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle d'une Intoxication à l'amphétamine est la présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs qui se développent pendant ou peu après l'utilisation d'amphétamine ou d'une substance apparentée (Critères A et B). L'Intoxication à l'amphétamine commence, en général, par une sensation de « bien-être » suivie du développement de symptômes tels qu'euphorie avec vigueur accrue, envie d'être en groupe, hyperactivité, fébrilité, hypervigilance, sensitivité interpersonnelle, envie de parler, anxiété, tension, mise en alerte, idées de grandeur, comportements stéréotypés et répétitifs, colère, bagarre, et altération du jugement. Dans le cas d'une intoxication chronique, il peut y avoir un émoussement affectif, avec de la fatigue ou de la tristesse et un retrait social. Ces changements psychologiques et comportementaux sont accompagnés par au moins deux des signes ou symptômes suivants : tachycardie ou bradycardie, dilatation pupillaire, augmentation ou diminution de la pression artérielle, transpiration ou frissons, nausées Ou vomissements, perte de poids avérée, agitation ou ralentissement psychomoteur, faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique, arythmie cardiaque, confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma (Critère C). L'intoxication à l'amphétamine, tant aiguë que chronique, est souvent associée à une altération du fonctionnement social ou professionnel. Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D). L'importance et les manifestations des modifications comportementales et physiologiques dépendent de la dose utilisée et (les caractéristiques individuelles de la

personne utilisant la substance (p. ex., tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'utilisation). Les modifications associées à l'intoxication commencent habituellement dans les minutes (et parfois clans les secondes) qui suivent la prise de la substance, mais peuvent se manifester seulement au bout d'une heure, en fonction de la drogue spécifique et de la voie d'administration.

Spécification

La spécification suivante peut être appliquée au diagnostic (l'Intoxication à l'amphétamine :

F15.04 Intoxication à l'Amphétamine, avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un delirium. *Une appréciation intacte de la réalité* signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand des hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques de F15.0x 1292.891 L'intoxication à l'amphétamine

A. Utilisation récente d'amphétamine ou d'une substance apparentée (par exemple, méthylphénidate).

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : euphorie ou émoussement affectif ; changement de la sociabilité ; hypervigilance ; sensitivité interpersonnelle ; anxiété, tension ou colère ; comportements stéréotypés ; altération du jugement ; altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après la prise d'amphétamine ou d'une substance apparentée.

C. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après la prise d'amphétamine ou d'une substance apparentée :

(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

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F15.0x [292.89] L'intoxication à l'amphétamine** *(suite)*

(8) faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique, ou arythmies cardiaques
(9) confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma

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

Spécifier si
Avec perturbations des perceptions F15.04

F15.3x [292.0] Sevrrage à l'amphétamine

Se référer aussi au texte et aux critères pour le Sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle du Sevrage à l'amphétamine est la présence d'un syndrome de sevrage spécifique qui se développe de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'une utilisation massive et prolongée d'amphétamine (Critères A et B). En général, les symptômes de sevrage sont à l'opposé de ceux observés au cours de l'intoxication. Le syndrome de sevrage est caractérisé par le développement d'une humeur dysphorique et d'au moins deux (les modifications physiologiques suivantes : fatigue, rêves intenses et déplaisants, insomnie ou hypersomnie, augmentation de l'appétit, et agitation ou ralentissement psychomoteur. L'anhédonie et l'appétence pour la drogue peuvent aussi être présents mais ne font pas partie des critères diagnostiques. 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Des symptômes de sevrage marqués (« crash ») sont souvent notés après un épisode d'utilisation intense de fortes doses (« une défonce »). Ces périodes sont caractérisées par des sensations intenses et désagréables de lassitude et de dépression, qui imposent, en général, plusieurs jours de repos et de récupération. Une perte de poids se produit communément pendant une utilisation massive de stimulants, alors qu'une augmentation marquée de l'appétit avec un gain rapide de poids est souvent observée durant le sevrage. Les symptômes dépressifs peuvent durer plusieurs jours et peuvent être accompagnés d'idées de suicide. Dans leur immense majorité, les sujets atteints de Dépendance à l'amphétamine ont éprouvé un syndrome de sevrage à l'un ou l'autre des moments de leur vie, et pratiquement tous signalent une tolérance.

Critères diagnostiques du F 15.3x 1292.01 Sevrage à l'amphétamine

A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'amphétamine (ou d'une substance apparentée) qui a été massive et prolongée.

B. Humeur dysphorique et au moins deux des changements physiologiques suivants se développant de quelques heures à quelques jours après le Critère A :

(1) fatigue
(2) rêves intenses et déplaisants
(3) insomnie ou hypersomnie
(4) augmentation de l'appétit
(5) agitation ou ralentissement psychomoteur

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 symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Autres troubles induits par l'amphétamine

Les Troubles induits par l'amphétamine suivants, sont décrits dans les sections (le ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : **Delirium par intoxication à l'amphétamine** (p. 166), **Troubles psychotiques induits par l'amphétamine** (p. 392), **Troubles de l'humeur induits par l'amphétamine** (p. 466), **Troubles anxieux induits par l'amphétamine** (p. 553), **Dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine** (p. 649), **Troubles du sommeil induits par l'amphétamine** (voir p. 757). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication à l'Amphétamine ou du Sevrage à l'amphétamine que si les symptômes sont plus marqués que ceux qui sont en général associés à un syndrome d'Intoxication Ou de Sevrage à l'amphétamine et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les troubles liés à l'amphétamine

Caractéristiques et troubles associés

L'Intoxication aiguë par l'amphétamine est quelquefois associée à de la confusion, un discours incohérent, des maux de tête, des idées de référence transitoires, et des acouphènes. Lors d'Intoxications sévères par l'amphétamine, le sujet peut présenter une idéation persécutoire, des hallucinations auditives sans perturbations du sensorium et des hallucinations tactiles (p. ex., fourmillements ou sensation d'avoir des parasites sous la peau). Fréquemment, la personne utilisant la substance reconnaît que ces symptômes sont provoqués par les stimulants. Une colère extrême, avec des menaces ou des passages à l'acte avec comportement agressif, peuvent se produire. Des modifications de l'humeur telles qu'une dépression avec des idées de suicide, une irritabilité, une anhédonie, une labilité émotionnelle, ou des troubles de l'attention ou de la concentration sont habituels, en particulier pendant le sevrage. Une perte de poids, une anémie et d'autres signes de malnutrition, et une altération de l'hygiène personnelle sont souvent notés en cas de Dépendance à l'amphétamine prolongée.

Les Troubles liés à l'amphétamine et les troubles liés à d'autres stimulants sont souvent associés à une Dépendance ou un Abus d'autres substances ; particulièrement celles qui ont des propriétés sédatives (telles que l'alcool ou les benzodiazépines) et qui sont habituellement prises pour réduire les sensations désagréables de fébrilité qui résultent des effets stimulants des drogues. L'utilisation intraveineuse d'amphétamine est parfois associée à une Dépendance aux opiacés.

Les résultats des examens complémentaires et de l'examen physique, les troubles mentaux et les affections médicales générales qui sont associées aux Troubles liés à l'amphétamine, sont généralement similaires à ceux qui sont associés aux Troubles liés à la cocaïne (voir p. 280). Les tests urinaires pour les substances de cette classe ne restent en général positifs que 1-3 jours, même après une « défonce ». Les effets indésirables pulmonaires sont vus moins souvent qu'avec la cocaïne parce que les substances de cette classe sont inhalés avec une fréquence quotidienne moindre. On attribue à cette classe de substances moins de complications maternelles ou néonatales qu'à la cocaïne. Cette différence peut refléter la plus grande prévalence de l'utilisation de cocaïne plutôt qu'une toxicité plus faible des amphétamines. Des convulsions, une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une malnutrition, des blessures par balle ou arme blanche, des saignements de nez, et des problèmes cardiovasculaires sont souvent rencontrés comme symptômes d'appel chez des sujets ayant des Troubles liés à l'amphétamine. Des antécédents de Troubles des conduites pendant l'enfance, de Personnalité antisociale, et de Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, peuvent être associés au développement ultérieur de Troubles liés à l'amphétamine.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La Dépendance et l'Abus d'amphétamine se rencontrent dans toutes les couches de la société et sont plus habituels chez les personnes âgées de 18 à 30 ans. L'utilisation intraveineuse est plus courante chez les membres des classes socio-économiques les plus

basses avec un rapport hommes-femmes de 3 ou 4 : 1. Le rapport entre hommes et femmes est plus équilibré chez ceux qui n'utilisent pas la voie intraveineuse.

Prévalence

Les modes d'utilisation des amphétamines dans la population générale diffèrent selon les endroits (p. ex., les taux en sont élevés dans la Californie du Sud) et fluctuent dans de grandes proportions au cours des années. On pense qu'aux États-Unis leur utilisation courante a connu un pic au début des années 80, 25 % des adultes signalant avoir déjà utilisé l'un des produits de cette classe.

En ce qui concerne l'utilisation plus récente, une enquête nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues a rapporté qu'environ 5 % des adultes ont reconnu avoir utilisé des « produits stimulants » pour se sentir « en forme », environ 1 % a reconnu avoir pris des amphétamines au cours des 12 derniers mois et 0,4 au cours du dernier mois. Chez les patients reconnaissant avoir utilisé au moins une fois clans leur vie des amphétamines, le pic de prévalence se situait entre l'âge de 26 et 34 ans (6 %), alors que chez les sujets ayant pris ce type de produit au cours des douze derniers mois, on le trouvait dans la classe d'âge 18-25 ans (2 %). Dans certaines études, il a même été rapporté des taux d'utilisation plus élevés dans des cohortes de sujets plus jeunes.

Lors d'une enquête menée en 1997 chez des étudiants de licence, il a été rapporté que 16 % d'entre eux avaient déjà utilisé des produits amphétaminiques, et 10 % au cours des douze derniers mois. Il but noter que ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien que l'on ne sait pas combien des sujets étudiés ayant utilisé des amphétamines avaient les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus.

Les taux de Dépendance à l'amphétamine ou d'Abus d'amphétamine sont plus difficiles à établir. Une étude épidémiologique nationale menée aux États-Unis au début des années 1990 a rapporté une prévalence sur la vie entière de 1,5 % pour ces troubles liés à l'utilisation de l'amphétamine, et de 0,14 % au cours des 12 derniers mois.

Évolution

Certains sujets qui abusent ou deviennent dépendants des amphétamines ou des amphétaminiques, ont commencé l'utilisation pour contrôler leur poids. D'autres sont entrés en contact avec ces produits par le marché illégal. La Dépendance peut survenir rapidement quand la substance est utilisée par voie intraveineuse ou quand elle est fumée. L'administration orale conduit, en général, à une progression plus lente vers la Dépendance. La Dépendance à l'amphétamine est associée à deux modes d'administration : une utilisation épisodique ou une utilisation quotidienne (ou quasi quotidienne). Dans le mode épisodique, l'utilisation de la substance est séparée par des journées sans utilisation (p. ex., utilisation intense pendant le week-end ou un à quelques jours au cours de la semaine). Les périodes d'utilisation intensive à forte close (souvent appelés « défonces » ou « course à la speed ») sont souvent en rapport avec une utilisation intraveineuse. Ces « défonces » ne se terminent souvent que quand les ressources en drogue sont épuisées. Une utilisation quotidienne, chronique, peut impliquer des closes faibles ou fortes, et peut se produire tout au long de la journée ou être limitée à quelques heures. Dans l'utilisation quotidienne chronique, il n'y a pas, habituellement, de grandes fluctuations de closes d'un jour à l'autre, mais il y a souvent une augmentation de la dose

avec le temps. L'utilisation chronique de fortes doses devient souvent désagréable du fait de la sensibilisation et de l'émergence d'effets dysphoriques ou d'autres effets négatifs de la drogue. Les quelques données à long terme disponibles indiquent qu'il y a une tendance chez les sujets qui ont été dépendants des amphétamines à diminuer ou à arrêter l'utilisation après 8 à 10 ans. Cela semble résulter du développement d'effets indésirables mentaux et physiques qui apparaissent en liaison avec une dépendance à long terme. Il n'existe que peu ou pas de données sur l'évolution à long terme de l'Abus.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par l'amphétamine peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., des idées délirantes) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble schizophréniforme pour le Trouble psychotique induit par l'amphétamine, avec idées délirantes, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel.

L'Intoxication à la cocaïne, l'Intoxication aux hallucinogènes, et **l'Intoxication à la phencyclidine,** peuvent conduire à un tableau clinique similaire, et ne peuvent parfois être distinguées de l'Intoxication à l'amphétamine que par la mise en évidence de métabolites amphétaminiques dans les échantillons urinaires, ou d'amphétamine dans le plasma. La Dépendance et l'Abus d'amphétamine doivent être distingués de la **Dépendance** et de l'**Abus à la cocaïne, à la phencyclidine** et **aux hallucinogènes.** L'Intoxication à l'amphétamine et le Sevrage à l'amphétamine se distinguent des **Autres troubles induits par l'amphétamine** (p. ex., le Trouble anxieux induit par l'amphétamine, avec début pendant l'intoxication) par le fait que, dans ces troubles, les symptômes vont au delà de ceux habituellement associés à l'Intoxication à l'amphétamine ou au Sevrage à l'amphétamine et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères de la CIM-10 pour l'Intoxication et le Sevrage à d'autres stimulants sont approximativement les mêmes que les critères du DSM-IV pour l'Intoxication et le sevrage à l'Amphétamine, mis à part le fait que les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour le sevrage incluent un item supplémentaire : l'envie impérieuse de stimulants. Le CIM-10 regroupe l'Amphétamine et la caféine dans une classe unique intitulée : « Autres stimulants, y compris la caféine ».

F15.9 [292.91 Trouble lié à l'amphétamine non spécifié

La catégorie Trouble lié à l'amphétamine non spécifié, s'applique aux troubles liés à l'utilisation d'amphétamine (ou (le substances apparentées) qui ne peuvent être classés comme Dépendance à l'amphétamine, Abus d'amphétamine, Intoxication à l'amphétamine, Sevrage à l'amphétamine, Delirium par intoxication à l'amphétamine, Trouble psychotique induit par l'amphétamine, Trouble de l'humeur induit par l'amphétamine,

Trouble anxieux induit par l'amphétamine, Dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine ou Trouble du sommeil induit par l'amphétamine.

Troubles liés à la caféine

La caféine consommée peut provenir de nombreuses sources comme le café (filtre : 100-140 mg par tasse, instantané : 65-100 mg par tasse), le thé (40-100 mg pat tasse), les boissons gazeuses contenant de la caféine (45 mg par verre), les analgésiques en vente libre et les remèdes contre le rhume (25-50 mg par comprimé), les stimulants (100-200 mg par comprimé), les produits contre la somnolence (100-200 mg/comprimé) et les adjuvants pour perdre du poids (75-200 mg par comprimé). Le chocolat et le cacao ont des taux de caféine nettement inférieurs (p. ex., 5 mg par barre de chocolat). La consommation de caféine est très répandue aux États-Unis, avec une prise journalière moyenne d'environ 200 mg, jusqu'à 30% des américains consommant au moins 500 mg de caféine par jour. Chez certains sujets qui boivent de grandes quantités de café, on peut observer certains aspects d'une dépendance à la caféine, une tolérance et peut être un sevrage. Cependant, les données actuelles sont insuffisantes pour déterminer si ces symptômes sont associés à des perturbations cliniquement significatives correspondant aux critères de Dépendance à une substance, ou à ceux d'un Abus d'une substance. Certains arguments permettent toutefois de penser que l'Intoxication à la caféine peut être cliniquement significative, et un texte et des critères sont donnés ci-dessous. Des données récentes suggèrent aussi que le sevrage à la caféine peut avoir une signification clinique. Un ensemble de critères de recherche sont inclus p. 880. Les Troubles induits par la caféine (autres que l'Intoxication à la caféine) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble anxieux induit par la caféine est inclus dans la section sur les Troubles anxieux »). La liste des Troubles induits par la caféine est donnée ci-dessous.

Troubles induits par la caféine

F15.0x [305.90] Intoxication à la caféine (voir p. 267)
F15.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la caféine (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F15.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la caféine (voir p. 757).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F15.9 [292.9] Trouble lié à la caféine non spécifié

Troubles induits par la caféine

F15.0x 1305.901 Intoxication à la caféine

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication à la caféine est la consommation récente de caféine et au moins cinq symptômes qui se développent pendant ou peu après l'uti-

lisation de caféine (Critères A et B). Les symptômes qui peuvent apparaître après l'ingestion d'une quantité aussi faible que 100 mg de caféine par jour, comprennent fébrilité, nervosité, excitation, insomnie, faciès vultueux, augmentation de la diurèse et plaintes gastro-intestinales. Les symptômes qui apparaissent, habituellement, avec des doses supérieures à 1 g/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 du fait du développement d'une tolérance. Les symptômes doivent causer 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, un Trouble anxieux) (Critère D).

Critères diagnostiques de F15.0x [305.90] L'intoxication à la caféine

A. Consommation récente de caféine, en général supérieure à 250 mg (p. ex., plus de 2 ou 3 tasses de café filtre).

B. Au moins cinq des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation 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 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 dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, un Trouble anxieux).

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 : **Trouble anxieux induit par la caféine** (voir p. 553) et **Trouble du sommeil induit par la caféine** (voir p. 757). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication par la caféine que si les symptômes sont plus marqués que ceux qui sont en général associés à l'Intoxication par la caféine et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à la caféine

Caractéristiques et troubles associés

Des perturbations sensorielles légères (p. ex., tintement dans les oreilles et éclairs lumineux) ont été signalées à forte dose. Les 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 puisse causer des céphalées. A l'examen physique, on peut noter de l'agitation, de la fébrilité, de la transpiration, une tachycardie, un faciès vultueux, et une accélération du transit digestif. Les modes typiques de prise de caféine ne sont pas régulièrement liés à d'autres problèmes médicaux. Cependant, une utilisation massive est associée au développement ou à une exacerbation de l'anxiété et de symptômes somatiques tels qu'arythmies cardiaques, douleurs gastro-intestinales ou diarrhée. Des doses aiguës dépassant 10 g de caféine peuvent provoquer des crises convulsives de type grand mal et une défaillance respiratoire qui peuvent être mortelles. L'utilisation excessive de caféine est associée aux Troubles de l'humeur, aux Troubles des conduites alimentaires, aux Troubles psychotiques, aux Troubles du sommeil, et aux Troubles liés à l'utilisation de substances, alors que les sujets ayant des Troubles anxieux tendent à éviter cette substance.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

L'utilisation de caféine et les sources à partir desquelles la caféine est consommée varient beaucoup selon les cultures. La prise moyenne de caféine dans la plupart des pays en voie de développement est inférieure à 50 mg/jour alors qu'elle atteint jusqu'à 400 mg/jour ou plus en Suède, au Royaume-Uni, et dans d'autres pays européens. La consommation de caféine augmente entre vingt et trente ans et diminue souvent après 65 ans. La consommation est plus forte chez l'homme que chez la femme. Avec l'âge, les sujets ont tendance à développer des réactions de plus en plus intenses à la caféine, avec une augmentation des plaintes concernant l'interférence avec le sommeil ou un sentiment d'hypervigilance.

Prévalence

Les modes d'utilisation de la caféine fluctuent au cours de la vie, 80 à 85 % des adultes en consommant au cours d'une année donnée. Parmi les sujets qui consomment de la caféine, 80 % ou plus ingèrent une boisson contenant de la caféine au moins une fois par semaine, absorbant en moyenne près de 200 mg de cette substance par jour. La prise de caféine est probablement élevée chez les sujets qui fument et prennent de l'alcool ou d'autres substances. La prévalence des Troubles liés à la caféine n'est pas connue.

Évolution

La prise de caféine débute habituellement aux alentours de 15 ans, la quantité consommée s'élève progressivement entre l'âge de 20 et 30 ans avant de se stabiliser ou peut-être de commencer à diminuer. Dans le groupe des 40 % de sujets qui ont arrêté la prise de caféine sous certaines de ses formes, la plupart indique avoir changé de mode de consommation en raison d'effets secondaires ou de soucis de santé. Ces derniers incluent troubles du rythme cardiaque, autres problèmes cardiaques, élévation de la pression artérielle, mastose sclérokystique, insomnie ou anxiété. Étant donné qu'une tolérance peut se développer aux effets comportementaux de la caféine, l'Intoxication à la caféine est souvent observée chez les sujets qui prennent de la caféine moins souvent ou qui ont récemment augmenté leur prise de caféine de façon importante.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par la caféine peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., Attaques de panique) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires (p.** ex., Trouble panique pour le Trouble anxieux induit par la caféine, avec attaques de panique, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel.

Pour répondre aux critères d'une Intoxication à la caféine, les symptômes ne doivent pas être dus à une **affection médicale générale** ou à un **autre trouble mental** tel qu'un **Trouble anxieux,** qui pourrait mieux les expliquer. Des **Épisodes maniaques,** un **Trouble panique,** une **Anxiété généralisée,** une **Intoxication à l'amphétamine,** un **Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques,** ou un **Sevrage à la nicotine,** certains **Troubles du sommeil,** et les **effets secondaires de certaines médications** (p. ex., akathisie) peuvent causer un tableau clinique similaire à celui de l'Intoxication par la caféine. 12 relation chronologique entre les symptômes et l'utilisation accrue de caféine, ou l'abstinence de caféine aide à établir le diagnostic. L'Intoxication à la caféine se différencie du **Trouble anxieux induit par la caféine, avec début pendant l'intoxication** (p. 553), et du **Trouble du sommeil induit par caféine, avec début pendant l'intoxication** (p. 757), par le fait que, dans ces troubles, les symptômes vont au-delà de ceux habituellement associés à l'Intoxication à la caféine et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 inclut les troubles liés à la caféine dans la classe des Autres stimulants (qui inclut aussi l'Amphétamine). Il n'existe donc pas de critères spécifiques *de* l'Intoxication à la caféine.

F15.9 1292.91 Trouble lié à la caféine, non spécifié

La catégorie Trouble lié à la caféine, non spécifié s'applique aux troubles associés à l'utilisation de caféine qui ne peuvent pas être classés comme Intoxication à la caféine, Trouble anxieux induit par la caféine, ou Trouble du sommeil induit par la caféine. Un exemple est le Sevrage à la caféine (voir p. 880 pour les critères proposés pour la recherche).

Troubles liés au cannabis

Cette section porte sur les problèmes associés aux substances dérivant de la plante de cannabis (cannabinoïdes) et aux composés synthétiques de structure similaire. Les cannabinoïdes sont des substances dérivées d'une plante : le cannabis. Quand les feuilles les plus hautes, la partie terminale et les tiges de la plante, sont coupées, séchées et roulées en cigarettes, le produit est, habituellement, appelé marijuana ou bhang. Le haschich est l'exsudat résineux qui sourd de la partie terminale et des faces inférieures des feuilles de cannabis, séché ; l'huile de haschich est un distillat concentré de haschich. Au cours de ces récentes années, une autre forme très puissante de cannabis, le sensimilla, a été produite en Asie, à Hawaï et en Californie. Les cannabinoïdes sont en général fumés mais peuvent être pris par voie orale et sont quelquefois mélangés à du thé ou à de la nourriture. Le cannabinoïde qui a été identifié comme le principal responsable des effets psychoactifs du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol (aussi appelé THC ou delta-9-THC). Cette substance elle-même est rarement disponible pour une utilisation sous forme pure. 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. Les ligands endogènes de ces récepteurs, l'anandamide et le N-palmitoéthanolamide, se comportent principalement comme des neurotransmetteurs. Le contenu en THC de la marijuana disponible est très variable. Le niveau moyen en THC de la marijuana sur le marché illégal a augmenté significativement depuis la fin des années 60, passant d'environ 1 à 5 9i, à 10 à 15 %. Le delta-9-THC synthétique a été utilisé pour certaines affections médicales générales (p. ex., contre les nausées et les vomissements causés par la chimiothérapie, ou pour traiter l'anorexie et la perte de poids chez des sujets ayant un syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA]).

Cette section contient des précisions qui sont spécifiques des Troubles liés au cannabis. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent quelle que soit la substance. L'application de ces critères généraux à la

Dépendance et à l'Abus de cannabis est indiquée ci-dessous. Cependant, il n'y a pas de *critères spécifiques* pour la Dépendance et l'Abus au cannabis. lin texte et des critères spécifiques pour l'Intoxication au cannabis sont donnés ci-dessous. Les symptômes d'un éventuel sevrage au cannabis (p. ex., humeur anxieuse ou irritable accompagnée de modifications physiologiques tels que tremblements, transpiration, nausées, modifications de l'appétit et perturbations du sommeil) ont été décrits en association avec l'utilisation de très fortes doses, mais leur signification clinique n'est pas certaine. Pour ces raisons, le diagnostic de sevrage au cannabis ne figure pas dans ce manuel. Les Troubles induits par le cannabis (autres que l'Intoxication au le cannabis) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par le cannabis est inclus clans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation du cannabis et des Troubles induits par le cannabis est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisatrion de cannabis

F12.2x [304.30] Dépendance au cannabis (voir p 272)
F12.1 [305.20] Abus de cannabis (voir p. 273)

Troubles induits par le cannabis

F12.0x [292.89] Intoxication au cannabis (voir p. 273).
Spécifier si : Avec perturbations des perceptions
F12.03 [292.81] Delirium par intoxication au cannabis (voir p. 166)
F12.51 [292.11] Trouble psychotique induit par le cannabis, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F12.51 [292.12] Trouble psychotique induit par le cannabis, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F12.8 [292.89] Trouble anxieux induit par le cannabis (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F12.9 [292.9] Trouble lié au cannabis, non spécifié (voir p. 278)

Troubles liés à l'utilisation de cannabis

F12.2x [304.301 Dépendance au cannabis

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). Les sujets ayant une Dépendance au cannabis ont une utilisation compulsive et des problèmes associés. Une tolérance à la plupart des effets du cannabis ait été signalée chez des sujets utilisant le cannabis de manière chronique. On a aussi signalé quelques cas de symptômes de sevrage, mais il n'a pas été établi rie manière certaine que ceux-ci peuvent être cliniquement significatifs. Il semble que la majorité des utilisateurs chroniques de cannabinoïdes signalent des antécédents de tolérance ou de sevrage, et que globalement ces sujets présentent des problèmes liés à la substance plus

sévères. Les sujets présentant une Dépendance au cannabis peuvent utiliser (lu cannabis très puissant toute la journée durant des mois ou des années et peuvent passer plusieurs heures par jour à se procurer et à utiliser la substance. Cela interfère souvent avec les activités familiales, scolaires, professionnelles ou de loisirs. Les sujets ayant une Dépendance au cannabis peuvent aussi poursuivre leur consommation bien qu'ils en connaissent les conséquences physiques (p. ex., toux chronique liée au fait de fumer) ou psychologiques (sédation excessive et réduction des activités dirigées vers un but résultant de l'utilisation répétée de fortes doses).

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent être appliquées au diagnostic de Dépendance au cannabis. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails) ;

Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
1 En environnement protégé

F12.1 [305.20] Abus de cannabis

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Abus d'une substance (voir p. 229). L'utilisation intermittente de cannabis et l'intoxication par celui-ci peuvent interférer avec les performances au travail ou à l'école et peuvent être physiquement dangereuses dans des situations comme la conduite automobile. Des problèmes judiciaires peuvent survenir après arrestation pour détention de cannabis. Il peut y avoir des disputes avec le conjoint ou les parents sur la détention de cannabis au domicile ou sur son utilisation en présence d'enfants. Quand il existe un niveau significatif de tolérance, ou quand des problèmes psychologiques ou physiques sont liés au cannabis clans un contexte d'utilisation compulsive, un diagnostic de Dépendance au cannabis, plutôt que d'Abus au cannabis doit être envisagé.

Troubles induits par le cannabis

F12.0x [292.89] Intoxication au cannabis

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication au cannabis est la présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de cannabis (Critères A et B). L'intoxication commence, en général, par une sensation de « bien-être » suivie par des

symptômes qui incluent une euphorie avec rires inappropriés et idées de grandeur, une sédation, une léthargie, une altération de la mémoire à court terme, des difficultés à réaliser des tâches intellectuelles complexes, une altération du jugement, des distorsions des perceptions sensorielles, une altération des performances motrices et la sensation que le temps passe lentement. Le trouble s'accompagne parfois d'une anxiété (qui peut être sévère), d'une dysphorie, ou d'un retrait social. Les effets psychoactifs sont accompagnés par au moins deux des signes suivants qui se développent dans les 2 heures qui suivent l'utilisation de cannabis : conjonctives injectées, augmentation de l'appétit, bouche sèche, et tachycardie (Critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale, et ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

L'intoxication se développe en quelques minutes si le cannabis est fumé, mais peut prendre quelques heures pour se développer s'il ingéré. Les effets durent environ 3 à 4 heures, la durée étant plus longue quand la substance est prise oralement. L'importance des modifications comportementales et physiologiques dépend de la close, de la méthode d'administration et des caractéristiques individuelles de la personne utilisant la substance comme le taux d'absorption, la tolérance, et la sensibilité aux effets de la substance. Les effets du cannabis ou du haschich peuvent parfois persister ou réapparaître pendant 12 à 24 heures du fait d'un relargage progressif des substances psychoactives à partir des tissus adipeux, ou d'une circulation entéro- hépatique, la plupart des cannabinoïdes, y compris le delta-9-THC, étant liposolubles.

Spécification

La spécification suivante peut s'appliquer au diagnostic d'Intoxication au cannabis :

F12.04 Intoxication au cannabis, Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un delirium. *Une appréciation intacte de la réalité* signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand des hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

■ Critères diagnostiques de F12.0x [292.891 L'intoxication au cannabis

A. Utilisation récente de cannabis.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, 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'utilisation de cannabis.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques de F12.0x 1292.891 L'intoxication au cannabis** *(suite)*

C. Au moins deux des signes suivants, se développant clans les deux heures suivant l'utilisation de 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si :

Avec perturbation des perceptions : F12.04

Autres Troubles induits par le cannabis

Les Troubles induits par le cannabis suivants sont décrits clans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : Delirium par intoxication au cannabis (voir p. 166), Trouble psychotique induit par le cannabis (voir p. 392), et Trouble anxieux induit par le cannabis (voir p. 553). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication au cannabis que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux qui sont en général associés à l'Intoxication au cannabis et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les troubles liés au cannabis

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Le cannabis est souvent utilisé avec d'autres substances, spécialement la nicotine, l'alcool et la cocaïne. Le cannabis (spécialement la marijuana) peut être mélangé et fumé avec des opiacés, de la phencyclidine (PCP), ou d'autres drogues hallucinogènes. Les sujets qui utilisent régulièrement du cannabis signalent souvent à la fois une léthargie physique et mentale et une anhédonie. Des formes légères de dépression, une anxiété ou une irritabilité sont notées chez environ un tiers des sujets qui utilisent régulièrement le cannabis (chaque jour ou presque). Pris à fortes doses, les cannabinoïdes ont des effets psychoactifs qui peuvent être similaires a ceux des hallucinogènes (p. ex., de l'acide

diéthylamide lysergique [LSD]), et les sujets qui utilisent les cannabinoïdes peuvent ressentir des effets psychiques indésirables qui ressemblent aux « mauvais voyages » induits par les hallucinogènes. Ceux-ci vont d'une anxiété légère à modérée (p. ex., inquiétude quant à la découverte par la police de l'utilisation de la substance) à des réactions anxieuses graves ressemblant à des Attaques de panique. Il peut aussi y avoir une idéation persécutoire allant d'une tendance à la suspicion à des idées délirantes ou des hallucinations franches. Des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation ont aussi été rapportés. On sait que les accidents de la route mortels se produisent plus fréquemment chez des sujets ayant des tests positifs pour les cannabinoïdes que dans la population générale. Cependant la signification de ces résultats n'est pas claire car souvent l'alcool et d'autres substances sont aussi présentes.

Examens complémentaires. En général, les examens urinaires détectent des métabolites des cannabinoïdes. Les tests urinaires usuels pour les cannabinoïdes peuvent être positifs pendant 7 à 10 jours chez les sujets qui utilisent le cannabis de temps à autre, et pendant 2 à 4 semaines chez ceux qui utilisent le cannabis de manière massive, dans la mesure où ces substances sont liposolubles, persistent clans les fluides biologiques sur de longues périodes, et sont excrétées lentement. Un test urinaire positif ne signe donc qu'une utilisation passée ; il n'établit pas l'existence d'une Intoxication, d'une Dépendance ou d'un Abus. Les perturbations biologiques incluent une suspension (probablement fonction de la dose) des fonctions immunologiques et un arrêt de la sécrétion de testostérone et d'hormone lutéinisante (LH), bien que la signification clinique de ces modifications ne soit pas claire. En aigu, l'utilisation de cannabinoïdes provoque aussi un ralentissement diffus de l'activité générale de l'EEG et une suppression des mouvements oculaires rapides (MOR).

Examen physique et affections médicales générales associées. La fumée du cannabis est très irritante pour le nasopharynx et la muqueuse bronchique et accroît de ce fait le risque de toux chronique et des autres signes et symptômes de pathologie nasopharyngée. L'utilisation chronique de cannabis est quelquefois associée à une prise de poids, probablement du fait d'une augmentation des prises alimentaires et d'une diminution de l'activité physique. Sinusites, pharyngites, bronchites avec toux persistante, emphysème, et dysplasie pulmonaire peuvent se produire en cas d'utilisation massive chronique. La fumée de la marijuana contient des carcinogènes connus en quantité encore plus grandes que le tabac, et une utilisation massive peut augmenter le risque de maladie maligne.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Le cannabis est probablement la substance illicite la plus couramment utilisée au monde. Il a été utilisé depuis l'antiquité pour ses effets psychoactifs et comme remède pour une grande variété de troubles somatiques. Le cannabis est parmi les premières drogues expérimentées (souvent dans l'adolescence) dans tous les groupes culturels des États-Unis. Comme pour la plupart des drogues illicites, les Troubles liés à l'utilisation du cannabis apparaissent plus souvent chez les hommes, et la prévalence est plus élevée chez les personnes âgées de 18 à 30 ans.

Prévalence

Les cannabinoïdes, spécialement le cannabis, sont les substances illicites psychoactives les plus utilisées aux États-Unis. Bien que les taux de prévalence sur la vie entière aient diminué lentement au cours des années 1980, des augmentations de faible ampleur ont été rapportées entre 1991 et 1997, spécialement parmi les sujets jeunes. Une enquête nationale sur l'utilisation des drogues menée en 1996 a rapporté que 32 % des sujets vivant aux États-Unis ont signalé avoir déjà utilisé un cannabinoïde. Environ 1/11 en avait utilisé au cours des 12 derniers mois et environ 5 % au cours du dernier mois. La classe d'âge ayant le taux de prévalence sur la vie entière le plus élevé se situait entre 26 et 34 ans (50 %), mais l'utilisation au cours des 12 derniers mois (24 %) et du dernier mois (13 %) était la plus élevée dans la classe d'âge 18-25 ans. Parmi ceux qui avaient pris cette classe de substances au cours des 12 derniers mois, 5 % avaient pris un cannabinoïde au moins à 12 reprises et 3 % en avaient pris pendant plus de 50 jours. En ce qui concerne l'utilisation du cannabis chez les adolescents et les adultes jeunes, une enquête menée en 1995 a rapporté que 42 % des étudiants de licence avaient déjà pris un cannabinoïde, et 35 % au cours des 12 derniers mois. Ces enquêtes évaluent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien qu'on ignore parmi ceux qui ont utilisé de la marijuana combien avaient les symptômes remplissant les critères (le Dépendance ou d'Abus.

Une enquête nationale menée aux États-Unis en 1992 a rapporté des taux d'Abus de cannabis ou rie Dépendance au cannabis d'environ 5 % sur la vie entière, et de 1,2 % au cours des 12 derniers mois.

Évolution

La Dépendance au cannabis et l'Abus de cannabis évoluent habituellement sur une période de temps prolongée, bien que la progression puisse être plus rapide chez les sujets jeunes ayant des problèmes envahissants des conduites. La plupart des sujets qui deviennent dépendants adoptent habituellement un mode d'utilisation chronique caractérisé par une augmentation graduelle des prises en fréquence et en quantité. Une utilisation massive chronique peut s'accompagner d'une diminution ou d'une perte des effets agréables de la substance. Bien qu'il puisse aussi y avoir une augmentation correspondante des effets dysphoriques, ceux-ci ne se produisent pas aussi fréquemment que dans l'utilisation chronique d'autres substances comme l'alcool, la cocaïne ou les amphétamines. Des antécédents de Troubles des conduites dans l'enfance ou l'adolescence, et une Personnalité antisociale constituent des facteurs de risque pour le développement de nombreux Troubles liés à une substance y compris les Troubles liés au cannabis. Peu rie données sont disponibles sur l'évolution à long terme de la Dépendance ou de l'Abus de cannabis. Comme pour l'alcool, la caféine et la nicotine, l'utilisation des cannabinoïdes apparaît plus précocement au cours rie l'évolution de l'utilisation de substances chez de nombreux sujets qui plus tard vont développer une Dépendance à d'autres substances — une observation qui a pu faire considérer le cannabis comme une « drogue porte d'entrée ». Cependant, les fondements sociopsychologiques et neurochimiques de cette éventuelle escalade ne sont pas bien compris et il n'est pas clairement établi que la marijuana conduise réellement les sujets à utiliser d'autres types rie substances.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par le cannabis peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., anxiété) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble anxieux généralisé pour le Trouble anxieux induit par le cannabis, avec anxiété généralisée, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel. La prise chronique de cannabis peut entraîner des symptômes qui ressemblent au **Trouble dysthymique.** Les réactions négatives aiguës au cannabis doivent être différenciées des symptômes du **Trouble panique,** du **Trouble dépressif majeur,** du **Trouble délirant,** du **Trouble bipolaire** ou de la **Schizophrénie, type paranoïde.** L'examen physique montrera, en général, une augmentation du pouls et des conjonctives injectées. Les tests toxicologiques urinaires peuvent être utiles pour faire le diagnostic.

Contrairement à l'Intoxication au cannabis, **l'Intoxication alcoolique,** et **l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques,** diminuent souvent l'appétit, augmentent le comportement agressif, et produisent un nystagmus ou une ataxie. A faibles doses, les **Hallucinogènes** peuvent produire un tableau clinique qui ressemble à celui de l'Intoxication au cannabis. La Phencyclidine (PCP), comme le cannabis, peut être fumée et a aussi des effets hallucinogènes, mais **l'Intoxication par la phencyclidine** est bien plus susceptible de causer une ataxie et un comportement agressif. L'Intoxication au cannabis se distingue des **autres Troubles induits par le cannabis** (p. ex., le Trouble anxieux induit par le cannabis, avec début pendant l'intoxication) par le fait que, dans ces troubles, les symptômes vont au delà de ceux habituellement associés à l'Intoxication au cannabis et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

La distinction entre l'**usage du cannabis à des fins récréatives** et la Dépendance ou l'Abus au cannabis peut être difficile parce qu'il peut être difficile d'attribuer à la substance la survenue de problèmes sociaux, comportementaux ou psychologiques, surtout dans un contexte d'utilisation d'autres substances. Le refus d'admettre une utilisation massive est habituelle, et les sujets semblent moins souvent rechercher un traitement pour la Dépendance ou l'Abus de cannabis que pour d'autres types de Troubles liés à une substance.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères pour la recherche de la CIM-10 pour l'Intoxication au cannabis sont équivalents aux critères du DSM-IV.

F12.9 1292.91 Trouble lié au cannabis, non spécifié

La catégorie « Trouble lié au cannabis, non spécifié » s'applique aux troubles liés à l'utilisation du cannabis qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance au cannabis, Abus de cannabis, Intoxication au cannabis, Delirium par intoxication au cannabis, Trouble psychotique induit par le cannabis, ou Trouble anxieux induit par le cannabis.

Troubles liés à la cocaïne

La cocaïne, une substance naturelle produite par la plante de coca, se consomme sous différentes formes (p. ex., feuilles de coca, pâte de coca, chlorhydrate de cocaïne, et des alcaloïdes de la cocaïne sous forme de hase pure ou de crack p. ex.) qui diffèrent en puissance du bit de niveaux différents de pureté et de rapidité d'action. Cependant, la cocaïne est le principe actif de toutes ces formes. Mâcher des feuilles de coca est une pratique habituellement limitée aux populations autochtones d'Amérique Centrale et du Sud où l'on cultive le coca. L'utilisation de la pâte de cocaïne, un extrait non raffiné de la plante de coca, se fait à peu près exclusivement dans les pays qui produisent de la cocaïne, en Amérique Centrale et du Sud, où on la baptise « hasulca ». Les solvants utilisés pour préparer la pâte de coca contaminent souvent celle-ci et peuvent avoir des effets toxiques sur le système nerveux central et sur d'autres systèmes et organes quand la pâte est fumée. Le chlorhydrate de cocaïne en poudre est en général aspiré par le nez (« sniff ») ou dissout dans de l'eau et injecté par voie intraveineuse. Il est quelquefois mélangé à de l'héroïne, donnant une combinaison de drogues appelée « speedball ».

Une forme de cocaïne utilisée couramment aux États-Unis est le « crack », alcaloïde (le cocaïne extrait du chlorhydrate en poudre mélangé à du bicarbonate de soude et séché en petits « cailloux ». Le crack diffère essentiellement des autres formes de cocaïne parce qu'il est facilement vaporisé et inhalé et a donc des effets qui débutent très rapidement. Le syndrome clinique et les effets indésirables qui sont associés à l'utilisation du crack sont identiques à ceux produits par des doses comparables des autres préparations de cocaïne. Avant l'arrivée du crack, la cocaïne était clivée du chlorhydrate en chauffant celui-ci avec de l'éther, de l'ammoniaque ou un autre solvant volatil. La cocaïne « libre » qui en résultait était alors fumée. Ce procédé était dangereux car les solvants pouvaient s'enflammer et blesser l'utilisateur.

Cette section comporte des précisions qui sont spécifiques des Troubles liés à la cocaïne. Des textes et des critères ont déjà été présentés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent quelle que soit la substance. L'application de ces critères généraux à la Dépendance et à l'Abus de cocaïne est indiquée ci-dessous. Cependant, il n'y a pas de critères spécifiques pour la Dépendance à la cocaïne ou l'Abus de cocaïne. Des textes et des critères spécifiques pour l'Intoxication à la cocaïne et le Sevrage à la cocaïne sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles induits par la cocaïne (autres que l'Intoxication et le Sevrage à la cocaïne) sont décrits clans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., les Troubles de l'humeur induits par la cocaïne sont inclus dans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation de la cocaïne et des Troubles induits par la cocaïne est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation de cocaïne

F14.2x [304.20] Dépendance à la cocaïne (voir p. 280)
F14.1 [305.60] Abus de cocaïne (voir p. 281)

Troubles induits par la cocaïne

F14.0x [292.89] Intoxication par la cocaïne (voir p. 281).
Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F14.3x [292.0] Sevrage à la cocaïne (voir p. 283)

F14.03 [292.81] Delirium par intoxication par la cocaïne (voir p. 166)

F14.51 [292.11] Trouble psychotique induit par la cocaïne, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F14.52 [292.12] Trouble psychotique induit par la cocaïne, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F14.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par la cocaïne (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F14.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la cocaïne (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F14.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne (voir p. 649).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F14.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la cocaïne (voir p. 757).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F14.9 **[292.9] Trouble lié à la cocaïne, non spécifié** (voir p. 289)

Troubles liés à l'utilisation de cocaïne

F14.2x [304.20] Dépendance à la cocaïne

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). La cocaïne possède des effets euphorisants extrêmement puissants et les sujets qui y sont exposés peuvent développer une Dépendance en utilisant la cocaïne pendant de très courtes périodes. Le fait que le sujet éprouve de plus en plus de difficultés à résister à utiliser la cocaïne chaque fois qu'elle est disponible est un signe précoce de Dépendance. Du fait de la courte demi-vie, il faut des prises fréquentes pour se maintenir « au top ». Les personnes ayant une Dépendance à la cocaïne peuvent dépenser, pour cette drogue, en très peu de temps, des sommes d'argent très importantes. De ce fait, la personne utilisant la substance peut être impliquée dans des vols, la prostitution ou le commerce de la drogue, ou demander des avances sur salaire pour obtenir des fonds afin d'acheter la drogue. Les sujets ayant une Dépendance à la cocaïne jugent souvent nécessaire d'arrêter l'utilisation pendant plusieurs jours pour se reposer ou trouver de l'argent. Des responsabilités importantes, que ce soit au travail ou dans les soins donnés aux enfants, peuvent être grossièrement négligées pour se procurer ou utiliser la cocaïne. Les complications mentales ou physiques de l'utilisation chronique, comme un mode de pensée persécutoire, un comportement agressif, une anxiété, une dépression et une perte de poids sont habituelles. Quelle que soit la voie d'administration, une tolérance apparaît après des utilisations répétées. Les symptômes de sevrage,

en particulier une hypersomnie, une augmentation de l'appétit et une humeur dysphorique, peuvent être observés et sont susceptibles d'augmenter la sensation de manque et le risque de rechute. L'immense majorité des sujets atteints de Dépendance à la cocaïne ont eu des signes de dépendance physique à la cocaïne (tolérance ou sevrage) au cours de l'évolution de leur utilisation de cette substance. La spécification avec dépendance physique » est associée à un début plus précoce de la Dépendance et à un plus grand nombre de problèmes liés à la cocaïne.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution s'appliquent à un diagnostic de Dépendance à la cocaïne. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

0 Rémission précoce complète
0 Rémission précoce partielle
0 Rémission prolongée complète
0 Rémission prolongée partielle
1 En environnement protégé

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

F14.1 [305.60] Abus de cocaïne

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). L'intensité et la fréquence d'administration de cocaïne sont moindres dans l'Abus de cocaïne que dans la Dépendance. Les épisodes d'utilisation à problèmes, de négligence des responsabilités, et de conflit interpersonnel, se produisent souvent autour des jours de paie ou lors d'occasions spéciales. Des périodes brèves (quelques heures à quelques jours) avec utilisation de fortes doses sont suivies de périodes beaucoup plus longues (quelques semaines à quelques mois) d'utilisation occasionnelle, sans problème, ou d'abstinence. Des problèmes judiciaires peuvent résulter de la détention ou de l'utilisation de la drogue. Quand les problèmes associés à l'utilisation sont accompagnés d'indices de tolérance, de sevrage, ou de comportement compulsif en rapport avec l'obtention ou la consommation de cocaïne, un diagnostic de Dépendance à la cocaïne plutôt que d'Abus de cocaïne doit être envisagé. Cependant, puisque certains symptômes de tolérance, de sevrage ou d'utilisation compulsive peuvent survenir chez des sujets atteints d'Abus mais non de Dépendance, il est important de déterminer si les critères complets de Dépendance sont remplis.

Troubles induits par la cocaïne

F14.0x [292.891 Intoxication à la cocaïne

Se référer aussi au texte et aux critères de l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication à la cocaïne est la présence (le change-

ments comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne (Critères A et B). L'Intoxication à la cocaïne débute par la sensation d'être « au top » et inclut au moins l'une des manifestations suivantes : euphorie avec augmentation de l'énergie, désir d'être en groupe, hyperactivité, fébrilité, hypervigilance, sensitivité interpersonnelle, besoin de parler, anxiété, tension, mise en alerte, idées de grandeur, comportement stéréotypé et répétitif, colère, et altération du jugement, et dans le cas d'une intoxication chronique, émoussement affectif avec fatigue ou tristesse et retrait social. Ces modifications comportementales et psychologiques sont accompagnées par au moins deux des signes et symptômes suivants qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne : tachycardie ou bradycardie ; dilatation pupillaire ; augmentation ou diminution de la pression artérielle ; transpiration ou frissons ; nausées ou vomissements ; perte de poids avérée ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique, ou arythmies cardiaques ; confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma (Critère C). L'intoxication qu'elle soit aiguë ou chronique est souvent associée à une altération du fonctionnement social ou professionnel. Une intoxication sévère peut entraîner des convulsions, des troubles du rythme cardiaque, une hyperthermie et le décès. Pour faire un diagnostic d'Intoxication à la cocaïne, les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale et ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

L'importance et l'aspect des modifications comportementales et physiologiques dépendent de nombreux facteurs, notamment la dose utilisée et les caractéristiques individuelles de la personne qui utilise la substance (p. ex., tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'utilisation, contexte dans lequel se fait la prise). Les effets stimulants comme l'euphorie, l'augmentation du pouls et de la pression artérielle, et l'activité psychomotrice sont ceux qui sont les plus communément constatés. Les effets dépresseurs comme la tristesse, la bradycardie, la diminution de la pression artérielle et la diminution de l'activité psychomotrice sont moins fréquents et n'apparaissent habituellement qu'en cas d'utilisation chronique de fortes doses.

Spécification

La *spécification* suivante s'applique au diagnostic d'Intoxication à la cocaïne :

F14.04 Intoxication à la cocaïne, Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un delirium. *Une appréciation intacte de la réalité* signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand des hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques de F14.0x [292.89] L'intoxication à la cocaïne

A. Utilisation récente de cocaïne.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, (par exemple : euphorie ou émoussement affectif ; changement de la sociabilité ; hypervigilance ; sensitivité interpersonnelle ; anxiété, tension ou colère ; comportements stéréotypés ; altération du jugement ; ou 'altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne.

C. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne :

(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, douleur thoracique, ou arythmies cardiaques
(9) confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma

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

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : F14.04.

F14.3x [292.0] Sevrage à la cocaïne

Se référer aussi au texte et aux critères pour le Sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle du Sevrage à la cocaïne est la présence d'un syndrome de sevrage caractéristique qui se développe de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'une utilisation massive et prolongée de cocaïne (Critères A et B). Le syndrome de sevrage est caractérisé par le développement d'une humeur dysphorique accompagnée par au moins deux des modifications physiologiques suivantes : fatigue, rêves intenses et déplaisants, insomnie ou hypersomnie, augmentation de l'appétit, et agitation ou ralentissement psychomoteur. L'anhédonie et l'appétence pour la drogue peuvent souvent être présentes mais ne font pas partie des critères diagnos-

tiques. 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

Des symptômes de sevrage aigus (« crash ») sont souvent notés après des périodes d'utilisation répétitive de fortes doses (« orgies » ou « défonces »). Ces périodes sont caractérisées par des sensations intenses et désagréables de lassitude et de dépression, qui imposent, en général, plusieurs jours de repos et de récupération. Des symptômes dépressifs avec des idées ou un comportement suicidaires peuvent se produire et sont généralement les problèmes les plus sérieux notés au cours du « crash » ou des autres formes de Sevrage à la cocaïne. Un nombre non négligeable de sujets ayant une Dépendance à la cocaïne ont peu ou pas *de* signes de sevrage cliniquement évidents à l'arrêt de l'utilisation.

Critères diagnostiques du F14.3x [292.01 Sevrage à la cocaïne

A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation de cocaïne qui a été massive et prolongée.

B. Humeur dysphorique avec au moins deux des changements physiologiques suivants qui se développent de quelques heures à quelques jours après le Critère A :

(1) fatigue
(2) rêves intenses et déplaisants
(3) insomnie ou hypersomnie
(4) augmentation de l'appétit
(5) agitation ou ralentissement psychomoteur

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 symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Autres Troubles induits par la cocaïne

Les Troubles induits par la cocaïne suivants sont décrits clans d'autres sections du manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : Delirium par intoxication à la cocaïne (p. 166), Trouble psychotique induit par la cocaïne (p. 392), Trouble de l'humeur induit par la cocaïne (p. 466, Trouble anxieux induit par la cocaïne (p. 553), Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne (p. 649), Trouble du sommeil induit par la cocaïne (p. 757). Ces troubles ne sont

diagnostiqués à là place de l'Intoxication à la cocaïne Ou du Sevrage à la cocaïne que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux en général associés à un syndrome d'Intoxication ou de Sevrage à la cocaïne et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à la cocaïne

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. La cocaïne est une drogue à courte durée d'action qui produit des effets rapides et puissants sur le système nerveux central, en particulier quand elle est prise par voie intraveineuse ou fumée sous forme de « crack ». Si elle est injectée ou fumée, la cocaïne produit, typiquement, une sensation immédiate de bien-être, de confiance, et d'euphorie. Des changements comportementaux spectaculaires peuvent se développer rapidement, surtout dans le cas d'une dépendance. On sait que les sujets ayant une Dépendance à la cocaïne dépensent des milliers de dollars pour la substance sur de très courtes périodes, conduisant à des catastrophes financières dans lesquelles économies ou logement sont perdus. Les sujets peuvent se lancer dans des activités criminelles pour pouvoir acheter de la cocaïne. Un comportement aberrant, un isolement social et un dysfonction sexuelle sont souvent notés dans le contexte d'une Dépendance à la cocaïne prolongée. Un comportement agressif peut résulter des effets de la cocaïne, mais la violence est aussi liée au « commerce » de la cocaïne. Un comportement sexuel débridé résultant soit d'un désir accru soit de l'utilisation du sexe pour obtenir de la cocaïne (ou de l'argent pour l'acheter) est devenu un facteur de propagation des maladies vénériennes, y compris du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Une intoxication aiguë par de fortes closes de cocaïne peut être associée à un discours décousu, des maux de tête, des idées transitoires de référence, et un tintement dans les oreilles. Il peut aussi y avoir un mode de pensée persécutoire, des hallucinations auditives sans perturbation du sensorium, et des hallucinations tactiles (les « insectes de la cocaïne ») que l'utilisateur reconnaît, en général, comme des effets de la cocaïne. Des colères excessives avec menaces ou passages à l'acte agressifs peuvent se produire. Des modifications de l'humeur telles que dépression, idées suicidaires, irritabilité, anhédonie, labilité émotionnelle ou des troubles de l'attention et de la concentration sont habituels, spécialement pendant le Sevrage à la cocaïne.

Les sujets ayant une Dépendance à la cocaïne ont souvent, transitoirement, des symptômes dépressifs qui correspondent aux critères de symptomatologie et de durée pour un Trouble dépressif majeur (voir Troubles de l'humeur induits par une substance, p. 466). Des antécédents compatibles avec des Attaques de panique à répétition, un comportement de type Phobie sociale ou des syndromes de type Anxiété généralisée ne sont pas inhabituels (voir Trouble anxieux induit par une substance, p. 553). Des troubles des conduites alimentaires peuvent aussi être associés à cette substance. L'une des formes les plus extrêmes de toxicité de la cocaïne est le Trouble psychotique induit par la cocaïne (voir p. 392) qui constitue un trouble avec des idées délirantes et des hallucinations ressemblant à la Schizophrénie, type paranoïde. Les perturbations men-

tales qui surviennent en association avec l'utilisation de la cocaïne sont, en général, résolutives en quelques heures à quelques jours une fois la drogue arrêtée, bien qu'elles puissent persister jusqu'à un mois.

Les sujets ayant une Dépendance à la cocaïne développent souvent des réponses conditionnées à des stimulus associés à la cocaïne (p. ex., un manque quand ils voient une substance quelconque sous forme de poudre blanche) — un phénomène qui se produit avec la plupart des drogues qui provoquent des modifications psychologiques intenses.. Ces réponses contribuent probablement aux rechutes, sont difficiles à supprimer, et, typiquement, persistent longtemps après que la désintoxication a été menée à bien. Les Troubles liés à l'utilisation de cocaïne sont souvent associés à une Dépendance ou à un Abus d'autres substances, en particulier l'alcool, la marijuana, l'héroïne (*speedball*) et les benzodiazépines, souvent prises pour diminuer l'anxiété ou d'autres effets secondaires stimulants, désagréables de la cocaïne. La Dépendance à la cocaïne peut être associée à un État de stress post- traumatique, à une Personnalité antisociale, à un Déficit de l'attention/hyperactivité, et au Jeu pathologique.

Examens complémentaires. La plupart des laboratoires recherchent la benzoylecgonine, un métabolite de la cocaïne qui, typiquement, persiste dans les urines pendant 1 à 3 jours après une prise unique et qui peut être présent pendant 7 à 12 jours en cas d'utilisation de doses élevées répétées. Des tests des fonctions hépatiques un peu élevés peuvent être notés chez des sujets qui s'injectent de la cocaïne ou qui utilisent l'alcool, de manière excessive, en association avec la cocaïne. Une hépatite, des maladies sexuellement transmissibles v compris le SIDA, et une tuberculose peuvent être associés à l'utilisation de cocaïne. Une pneumonie ou un pneumothorax peuvent parfois être observés sur les radios du thorax. L'arrêt d'une utilisation chronique de *cocaïne* est souvent associé à des modifications de l'EEG, à des altérations des profils de sécrétion de la prolactine et à une « down-regulation »[2] des récepteurs dopaminergiques.

Examen physique et affections médicales générales associées. Une grande variété d'affections médicales générales peuvent survenir, qui sont spécifiques de la voie d'administration de la cocaïne. Les personnes qui utilisent la cocaïne par voie nasale (« sniff ») développent souvent une sinusite, une irritation et des saignements de la muqueuse nasale, ainsi qu'une perforation de la cloison septale du nez. Ceux qui fument la cocaïne ont un risque accru de problèmes respiratoires (p. ex., toux, bronchite, et pneumonie dues à l'irritation et à l'inflammation des tissus qui tapissent le système respiratoire). Les personnes qui s'injectent la cocaïne, ont des marques de piqûres et des « cordons », le plus souvent sur leurs avant-bras, comme on en voit dans la Dépendance aux opiacés. L'infection VIH est associée à la Dépendance à la cocaïne du fait des injections intraveineuses fréquentes, et du comportement sexuel débridé. D'autres maladies sexuellement transmissibles, l'hépatite, la tuberculose et d'autres infections pulmonaires sont aussi notées. La Dépendance à la cocaïne (quelle que soit la voie d'administration) est habituellement associée à des signes de perte de poids et de malnutrition à cause des effets anorexigènes. Une douleur thoracique est aussi un symptôme habituel. Un pneumothorax peut résulter de la réalisation de manoeuvres de

2. Désensibilisation, en règle générale liée à la diminution du nombre des récepteurs fonctionnels

type Valsalva pour mieux absorber la cocaïne inhalée. Des infarctus du myocarde, des morts subites par arrêt respiratoire ou cardiaque et des accidents vasculaires cérébraux ont été rapportées à l'utilisation de cocaïne chez des personnes jeunes et par ailleurs en bonne santé. Ces accidents sont probablement causés par les effets hypertenseurs et vasoconstricteurs de la cocaïne, ou par sa capacité à modifier l'activité électrique du cœur. Des crises convulsives, des palpitations et des arythmies, ont aussi été observées en association avec l'utilisation de la cocaïne. Des blessures traumatiques, lors de disputes en rapport avec un comportement violent sont habituelles, surtout chez les vendeurs de cocaïne. Chez les femmes enceintes, l'utilisation de cocaïne est associée à des irrégularités de la circulation placentaire, à des ruptures placentaires, à des menaces de déclenchement prématuré de l'accouchement ou à une prématurité, et à une fréquence accrue de nouveau-nés avec des poids de naissance très faibles.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Aux États-Unis, l'utilisation de cocaïne et les troubles concomitants touchent tous les groupes ethniques, socio-économiques, d'âge et de sexe. Les Troubles liés à la cocaïne sont notés le plus souvent chez des personnes âgées de 18 à 30 ans. Bien que l'épidémie actuelle de cocaïne ait commencé dans les années 1970 chez des personnes ayant de larges ressources, elle s'est modifiée pour inclure les groupes socio-économiques inférieurs des grandes villes et de leurs banlieues. Les secteurs ruraux qui, auparavant, avaient été épargnés par les problèmes liés à l'utilisation de drogues illicites sont aussi touchés. Des taux à peu près similaires ont été observés dans les différents groupes ethniques. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, avec un sex-ratio de 1,5-2/1.

Prévalence

Comme pour la plupart des drogues, la prévalence de l'utilisation de cocaïne aux États-Unis a largement fluctué au cours des années. Après un pic dans les années 1970, la proportion de la population ayant consommé de la cocaïne sous l'une ou l'autre de ses formes a diminué progressivement jusqu'au début des années 1990, après quoi la diminution s'est poursuivie mais à une vitesse plus lente. Une enquête nationale sur l'utilisation des drogues menée en 1996 a rapporté que 10% de la population avait déjà utilisé de la cocaïne, 2 % au cours des 12 derniers mois et 0,8 % au cours du dernier mois. L'utilisation du crack était beaucoup moins élevée, environ 2 % sur la vie entière, 0,6 % au cours des 12 derniers mois et 0,3 % au cours du dernier mois. Les taux les plus élevés sur la vie entière étaient retrouvés chez les sujets âgés de 26 à 34 ans (21 % pour la cocaïne et 4 % pour le crack). Cependant, c'est dans la classe d'âge 18-25 ans que l'on retrouvait le taux le plus élevé pour l'utilisation au cours des 12 derniers mois (5 % pour la cocaïne et 1 pour le crack). Il faut noter que ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien que l'on ne sait pas combien des sujets étudiés ayant utilisé de la cocaïne avaient les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus.

Une enquête menée sur la population générale aux États-Unis en 1992 a rapporté une prévalence sur la vie entière de près de 2 % pour l'Abus de cocaïne et la Dépendance à la cocaïne, avec une prévalence au cours des 12 derniers mois d'environ 0,2 %.

Évolution

Comme pour les amphétamines, la Dépendance à la cocaïne est associée à deux modes d'autoadministration : utilisation épisodique ou quotidienne (ou quasi quotidienne). Dans le mode épisodique, les utilisations de cocaïne tendent à être séparées par au moins deux jours de non-utilisation (p. ex., utilisation intensive pendant un week-end ou pendant au moins un jour au cours de la semaine). Les « défonces » sont une forme d'utilisation épisodique qui, typiquement, impliquent l'utilisation continue de fortes doses pendant quelques heures ou quelques jours et sont souvent associées à une Dépendance. Les défonces ne se terminent, en général, que lorsque les réserves de cocaïne sont épuisées. L'utilisation chronique journalière peut comporter des doses fortes ou faibles et peut se produire tout au long de la journée ou être limitée à seulement quelques heures. Dans l'utilisation chronique journalière, il n'y a généralement pas de fluctuations importantes de doses d'un jour à l'autre, mais il y a souvent une augmentation de la dose avec le temps.

Le fait de fumer de la cocaïne ou l'utilisation intraveineuse sont plus particulièrement associés à une progression rapide de l'utilisation à l'abus ou à la dépendance, souvent en quelques semaines ou quelques mois. L'utilisation intranasale est associée à une progression évoluant, en général, pendant des mois ou des années. La dépendance est habituellement associée à une tolérance progressive aux effets recherchés de la cocaïne conduisant à l'augmentation des doses. Avec la poursuite de l'utilisation, il v a une diminution des effets agréables du fait de la tolérance, et une augmentation des effets dysphoriques. Peu de données sont disponibles sur l'évolution à long terme des Troubles liés à l'utilisation de la cocaïne.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale (lu diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par la cocaïne peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., humeur dépressive) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble majeur de l'humeur pour le Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant le sevrage). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel. Les anomalies mentales marquées qui peuvent résulter des effets de la cocaïne doivent être distinguées (les symptômes de **Schizophrénie, type paranoïde,** du **Trouble bipolaire,** et des **autres Troubles de l'humeur,** de l'**Anxiété généralisée,** et du **Trouble panique.**

L'Intoxication à l'amphétamine et **l'Intoxication à la Phencyclidine** peuvent avoir un tableau clinique similaire et ne peuvent souvent être distinguées de l'Intoxication à la cocaïne que par la présence de métabolites de la cocaïne dans les urines ou de cocaïne dans le plasma. L'Intoxication à la cocaïne et le Sevrage à la cocaïne, se distinguent des autres **Troubles induits par la cocaïne (p.** ex., Trouble anxieux induit par la cocaïne, avec début pendant l'intoxication) par le fait que, dans ces troubles, les symptômes vont au delà de ceux habituellement associés à l'Intoxication à la cocaïne et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour fa *recherche de la*

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour l'Intoxication et le Sevrage à la cocaïne sont approximativement les mêmes mis à part le fait que la CIM-10 inclut dans les critères du Sevrage un item supplémentaire : le désir puissant de cocaïne.

F 14.9 [292.9] Trouble lié à la cocaïne, non spécifié

12 catégorie Trouble lié à la cocaïne non spécifié s'applique aux troubles associés à l'utilisation de la cocaïne qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance à la cocaïne, Abus de cocaïne, Intoxication par la cocaïne, Sevrage à la cocaïne, Delirium par intoxication à la cocaïne, Trouble psychotique induit par la cocaïne, Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, Trouble anxieux induit par la cocaïne, Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne ou Trouble du sommeil induit par la cocaïne.

Troubles liés aux hallucinogènes

Ce groupe de substances variées inclut l'ergot et les produits voisins, (acide diéthylamide lysergique [LSD], graines de « belles de jour »), les phénylalkylamines (mescaline, STP » [2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine], et la MDMA [3,4- méthylènedioxymétamphétamine] aussi appelé « Ecstasy »), les alcaloïdes indoliques (psilocybine, DMT [diméthyltryptamine]) et divers autres produits. Sont exclus de ce groupe, la phencyclidine (PCP) (p. 322), ou le cannabis et son produit actif, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) (p. 271). Bien que ces substances puissent avoir des effets hallucinogènes, elles sont abordées séparément à cause de différences significatives quant à leurs autres effets psychologiques et comportementaux. Les hallucinogènes sont, en général, pris oralement, bien que le DMT soit fumé et que l'utilisation en injection soit possible.

Cette section comporte des précisions spécifiques aux Troubles liés aux hallucinogènes. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour définir les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent à toutes les substances. L'application de ces critères généraux à la Dépendance et à l'Abus d'hallucinogènes est indiquée ci-dessous. Cependant, il n'y a pas de critères spécifiques pour la Dépendance aux hallucinogènes ou l'Abus d'hallucinogènes. Un texte et un ensemble de critères spécifiques à l'Intoxication aux hallucinogènes sont donnés ci-dessous. Une tolérance se développe lors d'une utilisation répétée, mais la survenue d'un sevrage cliniquement significatif à ces substances n'est pas bien établi. C'est pour cette raison que le diagnostic de sevrage aux hallucinogènes n'est pas inclus dans ce manuel. Les Troubles induits par les hallucinogènes (autres que l'Intoxication aux hallucinogènes) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par les hallucinogènes est inclus clans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles

3. Sérénité-Tranquillité-Paix (N.d.T.)

liés à l'utilisation des hallucinogènes et des Troubles induits par les hallucinogènes est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation des hallucinogènes

F16.2x [304.50] Dépendance aux hallucinogènes (voir p. 290)
F16.1 [305.30] Abus d'hallucinogènes (voir p. 291)

Troubles induits par les hallucinogènes

F16.0x [292.89] Intoxication aux hallucinogènes (voir p. 292)
F16.70 [292.89] Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs)
F16.03 [292.81] Delirium par intoxication aux hallucinogènes (voir p. 166)
F16.51 [292.11] Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F16.52 [292.12] Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F16.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par les hallucinogènes (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F16.8 [292.89] Trouble anxieux induit par les hallucinogènes (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F16.9 [292.9] Trouble lié aux hallucinogènes, non spécifié (voir p. 297)

Troubles liés à l'utilisation des hallucinogènes

F16.2x [304.50] Dépendance aux hallucinogènes

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). lin des critères généraux de Dépendance (c.-à-d. le sevrage) ne s'applique pas aux hallucinogènes et d'autres demandent une explication complémentaire. On a signalé qu'une tolérance aux effets euphorisants et psychédéliques des hallucinogènes se développait rapidement mais pas la tolérance aux effets neurovégétatifs tels que dilatation pupillaire, hyperréflexie, augmentation de la pression artérielle, augmentation de la température corporelle, piloérection, et tachycardie. Une tolérance croisée existe entre le LSD et les autres hallucinogènes (p. ex., la psilocybine et la mescaline) mais elle ne s'étend pas à la plupart des autres catégories de drogues telles que le PCP et le cannabis. L'utilisation des hallucinogènes, même chez des sujets dont les manifestations correspondent intégralement aux critères de Dépendance, se limite souvent à quelques prises par semaines. Bien que l'on ait montré l'apparition d'un phénomène de sevrage uniquement chez l'animal, il a clairement été rapporté des sensations *de* « manque » après l'arrêt des hallucinogènes. Du fait de la longue demi-vie et de la durée d'action prolongée de la plupart des hallucinogènes, les sujets ayant une Dépendance aux hal-

lucinogènes passent souvent des heures ou des jours à les utiliser et à récupérer de leurs effets. Inversement, certains hallucinogènes « conçus à cet effet » (p. ex., le DMT) ont une durée d'action très courte. L'utilisation d'hallucinogènes peut se poursuivre bien que leurs effets indésirables soient connus (p. ex., altération de la mémoire au cours de l'intoxication, « mauvais voyages » qui sont en général (les réactions de panique, ou flash- backs). Certains sujets qui utilisent le MDMA (une drogue conçue pour ses effets hallucinogènes) décrivent une « gueule de bois » le jour qui suit l'utilisation, caractérisée par une insomnie, une fatigue, une somnolence, une douleur maxillaire liée à la crispation des muscles, des pertes d'équilibre, et des maux de tête. Dans la mesure où des impuretés ou des ersatz sont souvent vendus comme « acide » ou autres hallucinogènes, certains des effets indésirables signalés peuvent être dus à des substances comme la strychnine, la phencyclidine, ou l'amphétamine. Certains sujets peuvent présenter des comportements dangereux (p. ex., sauter par la fenêtre en croyant pouvoir voler) du fait d'un manque de prise de conscience ou d'un défaut de jugement au cours de l'intoxication. Ces effets indésirables apparaissent plus fréquents parmi les individus qui ont un trouble mental préexistant.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer au diagnostic de Dépendance aux hallucinogènes. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
1 En environnement protégé

F16.1 [305.30] Abus d'hallucinogènes

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). Les personnes qui abusent d'hallucinogènes les utilisent nettement moins souvent que celles ayant une Dépendance. Cependant, ils peuvent ne pas remplir leurs obligations majeures à l'école, au travail ou à la maison, de manière répétitive, du fait des perturbations comportementales causées par l'Intoxication aux hallucinogènes. Le sujet peut utiliser des hallucinogènes dans des situations où cela est physiquement dangereux (p. ex., lors de la conduite d'une moto ou d'une voiture), et des problèmes judiciaires peuvent survenir du fait des comportements résultant de l'intoxication, ou de la possession d'hallucinogènes. Il peut y avoir des problèmes sociaux ou relationnels récurrents au cours de l'intoxication, un isolement social, ou des disputes avec des proches.

4. Angl. : *designer drues.* L'expression traduit le fait que certaines drogues sont quasiment fabriquées «sur mesure », pour obtenir tel type d'effet (N.d.T.).

Troubles induits par les hallucinogènes

F16.0x [292.89] Intoxication aux hallucinogènes

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication aux hallucinogènes est la présence de changements, comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement ou altération du fonctionnement social ou professionnel) se développant pendant ou peu après (de quelques minutes à quelques heures) l'utilisation d'un hallucinogène (Critères A et B). Des altérations des perceptions se développent pendant ou peu après l'ingestion (l'un hallucinogène et se produisent dans un état de pleine conscience et de plein éveil (Critère C). Ces changements incluent une intensification subjective des perceptions, une dépersonnalisation, une déréalisation, des illusions, des hallucinations, et des synesthésies). De plus, le diagnostic requiert qu'au moins deux des signes physiologiques suivants, soient aussi présents : dilatation pupillaire, tachycardie, transpiration, palpitations, vision trouble, tremblements, et incoordination motrice (Critère D). Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère E).

L'Intoxication aux hallucinogènes commence en général par quelques effets stimulants comme une fébrilité et une activation neurovégétative. Des nausées peuvent survenir. Une séquence de sensations se produit ensuite, des doses plus élevées produisant des symptômes plus intenses. Des sentiments d'euphorie peuvent alterner rapidement avec de la dépression et de l'anxiété. Les illusions visuelles initiales ou les expériences sensorielles intensifiées peuvent faire place à des hallucinations. Souvent, à faibles doses, les changements perceptifs ne comportent pas d'hallucinations. Les synesthésies (une fusion des sensations) peuvent conduire, par exemple, à ce que (les sons soient « vus ». Les hallucinations sont en général visuelles, souvent faites de formes ou de figures géométriques, parfois de personnes et d'objets. Plus rarement, il s'agit d'hallucinations auditives ou tactiles. Dans la plupart des cas, l'appréciation de la réalité est conservée (c.-à-d. que le sujet sait que les effets sont induits par la substance).

Critères diagnostiques de F16.0x [292.89] L'intoxication aux hallucinogènes

A. Utilisation récente d'un hallucinogène.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène.

(si i te)

Critères diagnostiques de F 1 6.0x [292.891 L'intoxication aux hallucinogènes *(suite)*

C. Altérations des perceptions survenant en pleine conscience, clans un état de plein éveil (par exemple, intensification subjective des perceptions, dépersonnalisation, déréalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène.

D. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène :

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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

F16.70 [292.891 Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs)

La caractéristique essentielle du Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs) est la répétition transitoire de perturbations perceptives qui rappellent celles éprouvées antérieurement au cours d'au moins une Intoxication aux hallucinogènes. La personne ne doit pas avoir eu d'Intoxication récente aux hallucinogènes, et ne doit pas présenter actuellement des symptômes de toxicité d'une drogue (Critère A). Cette nouvelle expérience de symptômes perceptifs cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou clans d'autres domaines importants (Critère B). Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale (p. ex., lésions anatomiques et infections cérébrales ou épilepsies visuelles), et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., delirium, clémence ou Schizophrénie), ou par des hallucinations hypnopompiques (Critère C). Les perturbations perceptives peuvent inclure des formes géométriques, des images à la périphérie du champ visuel, des flashs de couleur, une intensification des couleurs, des traînées d'images (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 (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. Les perceptions anormales qui sont associées au Trouble persistant des perceptions dû aux hallucino-

gènes se produisent épisodiquement et peuvent être auto-induites (p. ex., en pensant à elles) ou être déclenchées par l'entrée dans un environnement sombre, par des drogues variées, par l'anxiété ou la fatigue, ou par d'autres éléments stressants. Les épisodes peuvent céder après plusieurs mois, mais de nombreuses personnes rapportent des épisodes persistant pendant 5 ans ou plus. L'appréciation de la réalité demeure intacte (c.-à-d. que la personne reconnaît que la perception est un effet de la drogue et ne représente pas la réalité extérieure). Cependant, si la personne a une interprétation délirante pour expliquer la perturbation des perceptions, le diagnostic approprié sera celui de Trouble psychotique non spécifié.

Critères diagnostiques du F16.70 (292.891 Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (flash-backs)

A. Après avoir cessé l'utilisation 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, flashs 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 générale (par exemple, lésions anatomiques et infections cérébrales, épilepsies visuelles), et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, delirium, démence, Schizophrénie), ou par des hallucinations hypnopompiques.

Autres Troubles induits par les hallucinogènes

Les Troubles induits par les hallucinogènes suivants sont décrits dans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : **Delirium par intoxication aux hallucinogènes** (voir p. 166), **Trouble psychotique induit par les hallucinogènes** (voir p. 392), **Trouble de l'humeur induit par les hallucinogènes** (voir p. 466), **Trouble anxieux induit par les hallucinogènes** (voir p. 553). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication aux hallucinogènes que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux qui sont habituellement associés au syndrome d'Intoxication aux hallucinogènes et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés aux hallucinogènes

Caractéristiques et troubles associés

En cas d'intoxication par un hallucinogène, les sujets peuvent être volubiles et bavards et présenter des variations rapides de leur état « thymique ». Terreur et anxiété peuvent devenir intenses avec peur de perdre la raison ou de mourir. Beaucoup de substances hallucinogènes ont des effets stimulants (p. ex., tachycardie, hypertension légère, hyperthermie, et dilatation pupillaire) et peuvent causer certaines manifestations caractéristiques de l'Intoxication aux amphétamines. Les perturbations perceptives et les altérations du jugement associées à l'Intoxication aux hallucinogènes peuvent conduire à des blessures ou des décès par accident automobile, bagarres ou tentatives de « voler » à partir d'endroits élevés. Des facteurs liés à l'environnement, à la personnalité et aux attentes du sujet utilisant les hallucinogènes peuvent influencer la nature et la sévérité de l'Intoxication aux hallucinogènes. L'intoxication peut aussi s'associer à des changements physiques comportant une augmentation de la glycémie, du cortisol, de l'ACTH et de la prolactine. Le Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes peut provoquer une anxiété et une inquiétude considérable et peut être plus fréquent *chez* des personnes suggestibles. Une Dépendance et un Abus d'hallucinogènes peuvent se produire en même temps que des troubles psychotiques chroniques. On discute encore pour savoir si l'utilisation chronique d'hallucinogènes produit un Trouble psychotique de novo, ne déclenche des symptômes psychotiques que chez des personnes vulnérables ou constitue simplement le signe précoce et durable d'un processus psychotique évolutif. L'Abus et la Dépendance aux hallucinogènes se produisent aussi fréquemment chez des personnes présentant un Trouble des conduites préexistant, au cours de l'adolescence, ou une Personnalité antisociale, à l'âge adulte. L'intoxication par le LSD peut être confirmée par la toxicologie urinaire.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les hallucinogènes peuvent être consommés dans le cadre de pratiques religieuses reconnues comme le peyotl dans la *Native American Church*. Aux États-Unis, il existe des différences d'utilisation selon les régions. L'Intoxication par les hallucinogènes débute au cours de l'adolescence, et les utilisateurs les plus jeunes peuvent ressentir des émotions plus perturbantes. L'utilisation d'hallucinogènes et l'Intoxication aux hallucinogènes semblent trois fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

Les hallucinogènes ont été en vogue aux États-Unis dans les années 1960. Au fil du temps, plusieurs de ces produits ont connu la faveur des utilisateurs, mais dans les années 1990, les deux drogues de cette classe les plus fréquemment utilisées ont été le LSD et le MDMA. On estime que le pic de prévalence de prise d'hallucinogènes aux États-Unis s'est situé entre 1966 et 1970 environ, avec, par la suite, un déclin, mais il semble exister une faible augmentation de leur usage à partir de 1990 environ.

Selon une étude nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues, 10% des sujets âgés de 12 ans et plus ont reconnu avoir déjà pris un hallucinogène. La proportion la plus élevée des sujets ayant déjà utilisé l'un ou l'autre de ces produits était située dans la classe d'âge 18-25 ans (16 %) ; 7 % de cette classe d'âge en avaient utilisé au cours des 12 derniers mois et 2 % au cours du dernier mois. Lors d'une enquête menée en 1997 chez des étudiants de licence, il a été rapporté que 15 % d'entre eux avaient déjà utilisé des hallucinogènes, et 10 % au cours des douze derniers mois. Il faut noter que ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien que l'on ne sait pas combien des sujets étudiés ayant utilisé des hallucinogènes avaient les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus.

Une enquête menée sur la population générale aux États-Unis en 1992 a rapporté une prévalence sur la vie entière d'environ 0,6 % pour l'Abus d'hallucinogènes et la Dépendance aux hallucinogènes, avec une prévalence au cours des 12 derniers mois d'environ 0,1 %.

Évolution

L'Intoxication aux hallucinogènes peut être un événement bref et isolé ou peut se produire de manière répétitive. L'intoxication peut être prolongée si les doses sont répétées fréquemment au cours d'un épisode. Une prise fréquente, cependant, tend à réduire les effets de l'intoxication du fait du développement d'une tolérance. Selon le produit et sa voie d'administration, le pic des effets survient en quelques minutes à quelques heures, et l'intoxication cesse quelques heures à quelques jours après la fin des prises. La forte prévalence de ceux qui ont utilisé au moins une fois des hallucinogènes dans le groupe des 26-34 ans et la prévalence plus faible de l'utilisation récente dans ce groupe suggère que de nombreux sujets pourraient cesser d'utiliser les hallucinogènes en vieillissant. Certains sujets qui utilisent des hallucinogènes font état de « flash-backs » qui ne sont associés ni à une déficience ni à une souffrance. A l'inverse, les flash-backs peuvent causer une déficience ou une souffrance chez certains sujets (Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes, voir ci-dessus).

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par les hallucinogènes peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., idées délirantes) qui ressemblent à des **troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble schizophréniforme pour le Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, avec idées délirantes, avec début pendant le sevrage). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel.

L'Intoxication aux hallucinogènes doit être différenciée de **l'Intoxication à l'amphétamine** ou de **l'Intoxication à la phencyclidine**. Des tests toxicologiques sont utiles pour faire cette distinction. **L'Intoxication par les anticholinergiques** peut aussi produire des hallucinations, mais elles sont souvent associées à des manifestations physiques : fièvre, bouche ou peau sèche, faciès vultueux, et perturbations visuelles. L'Intoxication aux hallucinogènes se distingue des **autres Troubles induits par les hallucinogènes** (p. ex., Trouble anxieux induit par les hallucinogènes, avec début pendant l'intoxication) par le fait que, clans ces troubles, les symptômes vont au

delà de ceux habituellement associés a l'Intoxication aux hallucinogènes et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

L'Intoxication aux hallucinogènes se distingue du **Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs)** par le fait que ce dernier persiste, épisodiquement, pendant des semaines (ou plus) après l'intoxication la plus récente. Dans le Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes, le sujet ne croit pas que la perception représente la réalité externe alors qu'une personne ayant un **Trouble psychotique** croit souvent que la perception est réelle. Un **Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes,** peut être distingué d'une **migraine,** d'une **épilepsie,** ou d'une **maladie neurologique** à partir des antécédents neuro-ophtalmologiques, de l'examen physique, et des examens complémentaires appropriés.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour l'Intoxication aux hallucinogènes sont approximativement les mêmes.

F16.9 1292.9] Trouble lié aux hallucinogènes, non spécifié

Le Trouble lié aux hallucinogènes non spécifié s'applique aux troubles associés à l'utilisation d'hallucinogènes qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance aux hallucinogènes, Abus d'hallucinogènes, Intoxication aux hallucinogènes, Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-backs), Delirium par intoxication aux hallucinogènes, Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, Trouble de l'humeur induit par les hallucinogènes, Trouble anxieux induit par les hallucinogènes.

Troubles liés aux solvants volatils

Cette section inclut les troubles induits par l'inhalation d'hydrocarbures aliphatiques ou aromatiques trouvés dans des substances telles que l'essence, la colle, les diluants de peinture ou les peintures en bombe. Les hydrocarbures halogénés (trouvés dans les détachants, les liquides de correction typographique et les gaz des bombes aérosols) et les autres composés volatils contenant des esters, des cétones et des glycols, sont moins généralement utilisés. Les composants actifs comprennent le toluène, le benzène, l'acétone, le trétrachloréthylène, le méthanol et d'autres substances. Compte tenu de leur mode d'action et *de* leur profil de problèmes associés différents, les troubles entraînés par l'utilisation (les gaz anesthésiants (p. ex., l'oxyde nitreux et l'éther) ainsi que des vasodilatateurs de courte durée d'action (p. ex., les nitrites d'amyle et de butyle [« poppers »]) sont plutôt décrits page 318 sous la rubrique Troubles liés à la prise d'autres substances ou de substances inconnues. La plupart des composés qui sont inhalés sont un mélange de plusieurs substances pouvant donner

des effets psychoactifs, et il est souvent difficile d'établir quelle substance exactement est responsable du trouble. Sauf quand il est clairement établi qu'une seule substance, pure, a été utilisée, le terme général de *solvants volatils* doit être utilisé pour enregistrer le diagnostic. Ces substances volatiles sont disponibles dans des produits très variés du commerce et peuvent être utilisées de manière interchangeable selon la disponibilité et les préférences personnelles. Bien qu'il puisse y avoir de légères différences entre les effets psychoactifs et physiques des différents produits, on ne connaît pas suffisamment leurs effets différentiels pour les distinguer. 'fous peuvent produire une Dépendance, un Abus et une Intoxication.

Plusieurs méthodes sont utilisées pour inhaler les vapeurs qui produisent l'intoxication. Le plus communément, un chiffon imprégné de la substance est appliqué sur la bouche et le nez, et les vapeurs sont inspirées — processus appelé « huffing ». La substance peut aussi être placée dans un sac en plastique ou en papier, et les gaz présents dans le sac sont alors inhalés — procédure appelée « bagging ». Les substances peuvent aussi être inhalées directement à partir des boîtes ou, pour les aérosols, vaporisés dans la bouche ou le nez. On a signalé que des sujets chauffent ces composés pour accélérer la vaporisation. Les produits volatils inhalés atteignent très rapidement les poumons, le courant sanguin et les sites cibles.

Cette section comporte des précisions spécifiques des Troubles liés à des solvants volatils. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent quelle que soit la substance. Des textes spécifiques à la Dépendance et à l'Abus de Solvants volatils, sont donnés ci-dessous ; cependant, il n'y a pas de critères spécifiques supplémentaires pour la Dépendance et l'Abus de solvants volatils. Un texte et un ensemble de critères spécifiques à l'Intoxication par des solvants volatils sont aussi donnés ci-dessous. On a signalé une tolérance chez des sujets présentant une utilisation massive. Bien que l'on ait observé des symptômes comparables à un sevrage chez l'animal après expositions répétées au trichloroéthane, il n'a pas été établi qu'un syndrome de sevrage cliniquement significatif puisse survenir chez l'homme. C'est pour cette raison que le diagnostic de sevrage de solvants volatils n'est pas inclus dans ce manuel. Les Troubles induits par des solvants volatils (autres que l'Intoxication par des solvants volatils) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils est inclus dans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à des solvants volatils et des Troubles induits par des solvants volatils est donnée ci-dessous. Eu égard aux différences de modes d'action et de profils de problèmes qui leurs sont associés, les troubles résultant de l'utilisation (le gaz anesthésiants (p. ex., protoxyde d'azote, éther) et des vasodilatateurs à courte durée d'action (p. ex., nitrite d'amyle ou de butyle) sont exclus de la catégorie des Troubles liés à des solvants volatils et doivent être classés dans les Troubles liés à une substance autre.

Troubles liés à l'utilisation de solvants volatils

F18.2x [304.60] Dépendance à des solvants volatils (voir p. 299)
F18.1 [305.90] Abus de solvants volatils (voir p. 300)

Troubles induits par des solvants volatils

F18.0x [292.89] Intoxication par des solvants volatils (voir p. 300)
F18.03 [292.81] Delirium par intoxication par des solvants volatils (voir p. 166)
F18.73 [292.82] Démence persistante induite par des solvants volatils (voir p. 195)
F18.51 [292.11] Trouble psychotique induit par des solvants volatils, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F18.52 [292.12] Trouble psychotique induit par des solvants volatils, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F18.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F18.8 [292.89] Trouble anxieux induit par des solvants volatils (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F18.9 [292.9] Trouble liés aux solvants volatils, non spécifié (voir p. 305)

Troubles liés à l'utilisation de solvants volatils

F18.2x [304.601 Dépendance à des solvants volatils

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). Certains des critères généraux de Dépendance ne s'appliquent pas aux solvants volatils, alors que d'autres nécessitent des explications supplémentaires. Une tolérance aux effets des solvants volatils a été rapportée chez des sujets présentant une utilisation massive, bien que sa prévalence et sa signification clinique soient inconnues. Un possible syndrome de sevrage modéré a été rapporté mais il n'a pas été bien documenté et ne paraît pas cliniquement significatif. De ce fait, la Dépendance à des solvants volatils n'inclut ni un syndrome de sevrage caractéristique ni la mise en évidence de l'utilisation de solvants volatils pour soulager ou éviter celui-ci. Cependant les solvants volatils peuvent être pris sur de plus longues périodes ou en quantité plus grandes que prévues initialement, et les sujets qui en utilisent peuvent trouver difficile de diminuer ou rie contrôler l'utilisation des solvants volatils. Comme les solvants volatils sont peu coûteux, licites et facilement disponibles, il est rare que les sujets passent beaucoup de temps à tenter de s'en procurer. Cependant, des durées importantes peuvent être consacrées à l'utilisation et à la récupération des effets des solvants volatils. Une utilisation répétée de solvants volatils peut conduire le sujet à réduire ou abandonner des activités importantes, sociales, professionnelles ou de loisirs, et l'utilisation de ces substances peut continuer bien que le sujet connaisse les problèmes physiques (p. ex., maladie hépatique ou lésion du système nerveux central ou périphérique) ou psychologiques (p. ex., dépression sévère) causés par leur utilisation.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer à un diagnostic de Dépendance à des solvants volatils. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
1 En environnement protégé

F18.1 [305.90] Abus de solvants volatils

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). Les sujets qui utilisent des solvants volatils peuvent les utiliser dans des circonstances dangereuses (p. ex., conduite d'une automobile ou utilisation d'une machine alors que le jugement et la coordination sont altérés lors d'une Intoxication par des solvants volatils). Les utilisateurs peuvent aussi devenir agités, ou même violents, au cours d'une intoxication, avec les problèmes légaux et interpersonnels qui en résultent. Une prise répétée de solvants volatils peut être associée à un conflit familial et à des problèmes scolaires (absentéisme, mauvaises notes, départ de l'école) ou des difficultés professionnelles.

Troubles induits par des solvants volatils

F18.0x [292.89] Intoxication par des solvants volatils

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication par des solvants volatils est la présence de changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., confusion, bagarre, agressivité, apathie, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après une utilisation intentionnelle ou une exposition de courte durée à de fortes doses de solvants volatils (Critères A et B). Les changements inadaptés sont accompagnés de signes comprenant étourdissements ou troubles visuels (vision trouble ou diplopie), nystagmus, incoordination motrice, discours bredouillant, démarche ébrieuse, tremblements, et euphorie. L'inhalation de solvants volatils à plus fortes doses peut conduire au développement d'une léthargie et d'un ralentissement psychomoteur, d'une faiblesse musculaire généralisée, d'une diminution des réflexes, d'une stupeur ou d'un coma (Critère C). La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale, et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (Critère D).

Critères diagnostiques de F 8.0x [292.891 L'intoxication par des solvants volatils

A. Utilisation intentionnelle récente ou exposition de courte durée à des solvants volatils à forte close (en excluant les gaz anesthésiques et les vasodilatateurs à courte durée d'action).

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., bagarre, agressivité, apathie, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation ou l'exposition à des solvants volatils.

C. Au moins cieux des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation ou l'exposition à des solvants volatils :

(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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Autres Troubles induits par des solvants volatils

Les Troubles induits par des solvants volatils suivants sont décrits dans les autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : **Delirium par intoxication par des solvants volatils** (p. 166), **Démence persistante induite par des solvants volatils** (p. 195), **Trouble psychotique induit par des solvants volatils** (voir p. 392), **Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils** (voir p. 466), **Trouble anxieux induit par des solvants volatils** (voir p. 553). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication par solvants volatils que si les symptômes vont au-delà de ceux qui sont habituellement associés à l'Intoxication par solvants volatils et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à des solvants volatils

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les sujets qui présentent une Intoxication par des solvants volatils peuvent présenter des hallucinations visuelles, auditives ou tactiles ou d'autres perturbations perceptives (macropsie, micropsie, erreurs de perceptions de type illusionnel, altérations *de* la perception du temps). Des idées délirantes (telles que croire qu'on peut voler) peuvent se développer pendant les périodes d'Intoxication par des solvants volatils, spécialement celles caractérisées par une confusion marquée ; dans certains cas, les idées délirantes peuvent être mises en acte et entrainer des blessures. Une anxiété peut aussi être présente. Des prises répétées mais épisodiques de solvants volatils peuvent d'abord être associées à des problèmes scolaires (p. ex., absentéisme, mauvaises notes, abandon de la scolarité) ou à un conflit familial. L'utilisation par de grands adolescents ou par de jeunes adultes est souvent associée à des problèmes sociaux et professionnels (p. ex., délinquance, chômage). Le plus souvent, les solvants volatils sont utilisés par des adolescents en groupe. L'utilisation solitaire semble plus caractéristique d'une utilisation massive et prolongée. L'utilisation de solvants volatils comme substance prédominante semble rare chez ceux qui consultent pour une Dépendance à une substance, mais un solvant volatil peut être une drogue d'appoint utilisée par des sujets avant une Dépendance à d'autres substances. Chez certains sujets, le solvant volatil peut devenir la substance préférée, spécialement en cas de Personnalité antisociale.

Examens complémentaires. Une recherche directe de solvants volatils est rarement réalisée en clinique et ne fait habituellement pas partie du dépistage de routine des substances donnant lieu à abus. Cependant, un métabolite du toluène, l'acide hippurique, est excrété dans les urines, et un rapport entre ce métabolite et la créatinine supérieure à 1 peut suggérer une prise de toluène. Les examens complémentaires peuvent témoigner de lésions musculaires, rénales, hépatiques, et d'autres organes.

Examen physique et affections médicales générales associées. Une odeur de peinture ou de solvant peut être présente dans l'haleine ou sur les vêtements des sujets qui utilisent des solvants volatils ; il peut aussi y avoir un reste de substance sur les habits ou la peau. On peut observer un « rash des sniffeurs de colle » autour du nez ou de la bouche, et noter une irritation des conjonctives. Il peut y avoir des traces de traumatisme du fait d'un comportement désinhibé, ou des séquelles de brûlures parce que ces composés sont inflammables. Sur le plan respiratoire, les signes non spécifiques comprennent des stigmates d'irritation des voies respiratoires inférieures et supérieures, y compris augmentation de la résistance pulmonaire, hypertension pulmonaire, insuffisance respiratoire aiguë, toux, sécrétions sinusales, dyspnée, râles et ronchus, rarement une cyanose due à une pneumonie ou une asphyxie. Il peut aussi y avoir des maux de tête, une faiblesse généralisée, une douleur abdominale, des nausées et des vomissements. Les solvants volatils peuvent causer des lésions du système nerveux tant central que périphérique qui peuvent être définitives. L'examen d'un sujet qui inhale de manière chronique des solvants volatils peut révéler de nombreux déficits neurologiques, y compris une faiblesse généralisée et des neuropathies périphériques. Une

atrophie cérébrale, une dégénérescence cérébelleuse, et des lésions de la substance blanche conduisant à des anomalies au niveau des paires crâniennes ou du système pyramidal, ont été signalées chez des sujets présentant une utilisation massive. Une utilisation répétitive peut conduire au développement d'une hépatite (qui peut évoluer vers une cirrhose) ou d'une acidocétose métabolique en rapport avec une acidose par atteinte du tubule rénal distal. Une insuffisance rénale chronique, un syndrome hépatorénal, une acidose par atteinte du tubule rénal proximal ont aussi été signalés de même qu'une aplasie médullaire, spécialement avec le benzène et le trichloréthylène, ce dernier pouvant augmenter le risque de leucémie aiguë myéloïde. Certains solvants volatils (p. ex., le chlorure de méthylène) peuvent être métabolisés en oxyde de carbone. La mort peut survenir du fait d'une dépression respiratoire ou cardio-vasculaire ; en particulier, « la mort soudaine du sniffeur » peut résulter d'une arythmie aiguë, d'une hypoxie, ou d'anomalies électrolytiques.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Alors que pour la plupart, les études rapportent peu de différences lorsqu'on considère uniquement les groupes ethniques, une étude menée chez des enfants dans des zones rurales de l'Alaska a permis de noter qu'environ 50 % des enfants natifs de l'Alaska vivant dans des villages isolés avaient déjà utilisé des solvants pour se « défoncer ». Du fait de leur faible coût et de leur disponibilité, les solvants volatils sont souvent la première drogue essayée par les jeunes, et l'incidence est peut-être plus élevée chez ceux qui vivent dans des zones économiquement défavorisées. L'utilisation de solvants volatils peut commencer vers l'âge de 9-12 ans, semble passer par un pic au cours de l'adolescence, et est moins fréquente après 35 ans. 70 à 80 % des consultations d'urgences hospitalières liées à des solvants volatils concernent des hommes.

Prévalence

Il est difficile d'établir la prévalence réelle de l'utilisation des solvants volatils car il est assez aisé de se procurer légalement ces drogues, et leur importance risque d'être sous-estimée dans les études. De plus, la faveur des différents solvants varie au fil du temps : au cours des dix dernières années, on a observé par exemple une diminution de la proportion des utilisateurs préférant les colles et les aérosols et une augmentation de ceux inhalant des liquides plus légers.

Selon une étude nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues, environ 6 % des sujets vivant aux États-Unis ont reconnu avoir déjà pris un solvant volatil, 1 % au cours des 12 derniers mois et 0,4 % au cours du dernier mois. Les taux de prévalence sur la vie entière les plus élevés se situent entre l'âge de 18 et 25 ans (11 %), alors qu'ils il se situent dans la classe d'âge 12-17 ans chez les sujets ayant pris ce type de produit au cours des douze derniers mois (4 %) ou du dernier mois (2 %). Des taux plus élevés sont observés dans différents sous-groupes, notamment 30 % des prisonniers environ rapportent avoir déjà utilisé ces substances. Les taux (l'utilisation sont également plus élevés dans les populations vivant dans des conditions de pauvreté, en particulier chez les enfants et les jeunes adultes. Il faut noter que ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien que l'on ne sait pas combien des sujets étudiés ayant utilisé des solvants volatils avaient les symptômes remplissant les critères

de Dépendance ou d'Abus. La prévalence de la Dépendance aux solvants volatils ou de l'Abus de solvants volatils dans la population générale n'est pas connue.

Évolution

Il peut être difficile de mettre en correspondance les doses de substances inhalées et leurs effets parce que les méthodes d'administration différentes et les concentrations variables de solvants volatils en inhalation dans les produits utilisés conduisent à des concentrations très variables dans l'organisme. L'évolution dans le temps de l'intoxication par des solvants volatils est liée aux caractéristiques pharmacologiques de la substance spécifique utilisée, mais, typiquement, elle est brève, de quelques minutes à une heure. Le début est rapide, avec un pic quelques minutes après l'inhalation. Les jeunes enfants avant un diagnostic de Dépendance aux solvants volatils peuvent utiliser les substances en inhalation plusieurs fois par semaine, souvent les week-ends et après l'école. Une dépendance sévère chez les adultes peut impliquer différentes périodes d'intoxication au cours de chaque journée, et des périodes intermittentes d'utilisation plus massive qui peuvent durer plusieurs jours. Cette modalité d'utilisation peut persister pendant des années et relever de façon répétée d'un traitement. Les sujets qui utilisent des solvants volatils peuvent avoir un degré ou un niveau préférentiel d'intoxication, et la méthode d'administration (typiquement suiffer à partir d'un récipient ou respirer à travers un chiffon imbibé de la substance) peut permettre au sujet de maintenir ce niveau pendant des heures. On a aussi signalé des cas où la Dépendance s'est développée chez des travailleurs de l'industrie ayant une exposition professionnelle prolongée à des solvants volatils. Un ouvrier peut commencer à utiliser le produit pour ses effets psychoactifs, et, ultérieurement, développer une Dépendance. Une utilisation conduisant à une Dépendance peut aussi survenir chez des personnes qui n'ont pas accès à d'autres substances (prisonniers, personnel militaire isolé, et adolescents ou adultes jeunes dans (les zones rurales isolées).

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par des solvants volatils peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., humeur dépressive) qui ressemblent à des troubles mentaux primaires (p. ex., Trouble majeur de l'humeur pour le Trouble *de* l'humeur induit par des solvants volatils, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion (le *ce* diagnostic différentiel.

Les symptômes d'une Intoxication par des solvants volatils, légère ou modérée, peuvent être similaires à ceux (l'une Intoxication alcoolique ou d'une Intoxication par sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. L'odeur de l'haleine, et les résidus sur le corps ou les vêtements sont des indices importants de différenciation mais on ne doit pas s'y fier exclusivement. Les sujets qui utilisent de manière chronique des solvants volatils sont susceptibles d'utiliser d'autres substances fréquemment et massivement, ce qui complique encore le diagnostic. L'utilisation concomitante d'alcool peut aussi rendre la différenciation difficile. Des antécédents d'utilisation de ces drogues, et des manifestations caractéristiques (y compris l'odeur de solvant ou des résidus de peinture) peuvent différencier l'Intoxication par des solvants volatils, d'intoxications par d'autres substances ; de plus, les symptômes peuvent céder plus rapidement dans

une Intoxication par des solvants volatils que clans des intoxications par d'autres substances. Un début et une fin rapides peuvent aussi différencier l'Intoxication par des solvants volatils d'autres troubles mentaux et maladies neurologiques. L'Intoxication par des solvants volatils doit être distinguée des **Autres troubles induits par des solvants volatils** (p. ex., Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils, avec début pendant l'intoxication) par le fait que les symptômes dans ce dernier type de troubles vont au delà de ceux associés, habituellement, à une Intoxication par des solvants volatils et sont suffisamment sévères pour justifier par eux-mêmes un examen clinique.

Les ouvriers de l'industrie peuvent occasionnellement **être exposés accidentellement à des produits chimiques volatils** et souffrir d'une intoxication physiologique. La catégorie des « Troubles liés à une substance autre » doit être utilisée pour de telles expositions à des toxiques.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour l'Intoxication aux solvants volatils sont approximativement les mêmes mis à part le fait que le DSM-IV prévoit des symptômes additionnels. Dans la CIM-10 ce trouble s'intitule Intoxication aiguë à des solvants volatils.

F18.9 [292.9] Trouble lié à des solvants volatils, non spécifié

La catégorie du Trouble lié à des solvants volatils, non spécifié s'applique à des troubles associés à l'utilisation rie solvants volatils qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance à des solvants volatils, Abus de solvants volatils, Intoxication par des solvants volatils, Delirium par intoxication aux solvants volatils, Démence persistante induite par des solvants volatils, Trouble psychotique induit par des solvants volatils, Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils ou Trouble anxieux induit par des solvants volatils.

Troubles liés à la nicotine

La Dépendance et le Sevrage à la nicotine peuvent se développer lors de l'utilisation d'une forme quelconque de tabac (cigarettes, tabac à chiquer ou à priser, pipes, cigares) y compris de médications prescrites (gomme à mâcher à la nicotine et patch). La capacité relative de ces produits à produire une Dépendance ou à induire un Sevrage dépend de la rapidité d'action de la voie d'administration (fumée plus rapide que voie orale, elle-même plus rapide que voie transdermale) et de la quantité de nicotine du produit.

Cette section comprend des précisions spécifiques aux Troubles liés à la nicotine. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour définir les aspects généraux d'une Dépendance à une substance (p. 222) qui s'appliquent quelle que soit la substance.

L'application de ces critères généraux à la Dépendance à la nicotine est indiquée ci-dessous. Compte tenu du faible nombre de données cliniques pertinentes, l'intoxication à la nicotine et l'Abus de nicotine ne sont pas inclus dans le DSM-IV. Un texte spécifique et un ensemble de critères pour le Sevrage à la nicotine sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles liés à la nicotine sont listés ci-dessous.

Trouble lié à l'utilisation de nicotine

F17.2x [305.1] Dépendance à la nicotine (voir p 306)

Trouble induit par la nicotine

F17.3x **[292.0] Sevrage à la nicotine** (voir p. 307)
F17.9 [292.9] Trouble lié à la nicotine, non spécifié (voir p. 311)

Trouble lié à l'utilisation de nicotine

F17.2x (305.11 Dépendance à la nicotine

Se référer aussi au texte et aux critères pour une Dépendance à une substance (voir p. 222). Certains des critères généraux de Dépendance ne paraissent pas s'appliquer à la nicotine alors que d'autres nécessitent des explications supplémentaires. La tolérance à la nicotine se manifeste par des effets plus intenses de la nicotine lors de la prise initiale pendant la journée et par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine produit un syndrome de sevrage bien défini qui est décrit ci-dessous. De nombreux sujets qui utilisent la nicotine en prennent pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage quand ils s'éveillent ou après s'être trouvés dans une situation où l'utilisation est limitée (p. ex., au travail ou dans un avion). Les sujets qui fument ou les autres sujets qui utilisent de la nicotine utilisent leur réserve de cigarettes ou d'autres produits contenant de la nicotine plus rapidement qu'ils ne le voudraient. Bien que plus de 80 % des sujets qui fument expriment le désir de cesser de fumer, et bien que 35 % essayent d'arrêter chaque année, moins de 5 % y parviennent s'ils ne sont pas aidés dans leurs efforts. Le meilleur exemple du fait de passer beaucoup de temps à l'utilisation de la substance est de fumer cigarette sur cigarette. Dans la mesure où les sources de nicotine sont disponibles facilement et légalement, il est rare de passer beaucoup de temps pour s'en procurer. 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. La poursuite de l'utilisation malgré des problèmes médicaux associés constitue un problème de santé particulièrement important (p. ex., un sujet qui continue à fumer bien qu'il ait une affection médicale générale induite par le tabac telle qu'une bronchite ou une bronchopneumopathie obstructive chronique).

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer au diagnostic de Dépendance à la nicotine. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

Trouble induit par la nicotine

F17.3x [292.0] Sevrage à la nicotine

Se référer aussi au texte et aux critères pour le Sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle du Sevrage à la nicotine est la présence d'un syndrome de sevrage caractéristique qui se développe après l'arrêt brutal, ou la réduction de l'utilisation de produits contenant de la nicotine après une période prolongée (au moins plusieurs semaines) d'utilisation quotidienne (Critères A et B). Le syndrome de sevrage inclut au moins quatre des signes suivants : humeur dysphorique ou dépressive ; insomnie ; irritabilité, frustration ou colère ; anxiété ; difficultés de concentration ; fébrilité ou impatiences ; diminution du rythme cardiaque ; et augmentation de l'appétit ou prise de poids. Le syndrome de sevrage 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

Ces symptômes sont dus, pour une large part, à la privation de nicotine et, typiquement, sont plus intenses chez les sujets qui fument des cigarettes que chez des sujets qui utilisent d'autres produits contenant de la nicotine. Le début plus rapide des effets de la nicotine qu'on obtient en fumant la cigarette conduit à un mode d'habituation plus intense et plus difficile à abandonner du fait de la fréquence et de la rapidité du renforcement et de la plus grande dépendance physique à la nicotine. Chez les sujets qui fument des cigarettes, le rythme cardiaque diminue de 5 à 12 battements par minute dans les premiers jours qui suivent l'arrêt de la cigarette, et le poids augmente en moyenne de 2 à 3 kilos au cours de la première année après cet arrêt. De légers symptômes de sevrage peuvent se produire après le passage à des cigarettes à faible teneur en goudrons et en nicotine, et après l'arrêt de l'utilisation du tabac non fumé (chique), du chewing-gum ou des patchs à la nicotine.

Critères diagnostiques du F17.3x [292.0] Sevrage à la nicotine

A. Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines.

B. Arrêt brutal *de* l'utilisation, ou réduction *de* la quantité de nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants :

(1) humeur dysphorique ou dépressive
(2) insomnie
(3) irritabilité, frustration, colère
(4) anxiété
(5) difficultés de concentration
(6) fébrilité
(7) diminution du rythme cardiaque
(8) augmentation de l'appétit Ou prise de poids

C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans (l'autres domaines importants.

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

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à la nicotine

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associées. Le manque est un élément important du Sevrage à la nicotine et peut expliquer la difficulté qu'ont les sujets à arrêter les produits contenant de la nicotine. D'autres symptômes associés au Sevrage à la nicotine comprennent une envie de bonbons et une altération des performances sur les tâches qui requièrent de la vigilance. Plusieurs caractéristiques associées à la Dépendance à la nicotine semblent annoncer une plus grande difficulté à arrêter l'utilisation de nicotine : fumer rapidement après l'éveil, fumer quand on est malade, avoir de la difficulté à ne pas fumer, signaler que la première cigarette de la journée est la plus difficile à abandonner, et fumer plus le matin que l'après-midi. Le nombre de cigarettes fumées par jour, le contenu de la cigarette en nicotine, et le nombre de paquets-années sont aussi liés à la probabilité qu'un sujet arrête de fumer. La Dépendance à la nicotine est plus fréquente chez les sujets qui présentent d'autres troubles mentaux

comme une schizophrénie. Selon la population étudiée, de 55 à 90 % des sujets ayant un autre trouble mental fument, à comparer aux 30 % de la population générale. Les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux, et les autres Troubles liés à une substance seraient plus courants chez les sujets qui fument que chez les anciens fumeurs ou ceux qui n'ont jamais fumé.

Examens complémentaires. Les symptômes de sevrage sont associés à un ralentissement de l'EEG, une diminution des taux de catécholamines et de cortisol, des modifications des mouvements oculaires rapides (MOR), des altérations aux tests neuropsychologiques, et une diminution du métabolisme. Le fait de fumer augmente la métabolisation de nombreuses médications prescrites pour traiter des troubles mentaux et celle d'autres substances. De ce fait, cesser de fumer peut augmenter les taux sanguins de ces médications et ceux d'autres substances, parfois de manière cliniquement significative. Cet effet ne semble pas dû à la nicotine mais plutôt à d'autres produits contenus dans le tabac. La nicotine et son métabolite la cotinine peuvent être mesurés dans le sang, la salive et l'urine. Souvent, les personnes qui fument ont aussi des examens fonctionnels pulmonaires altérés et un volume globulaire moyen (VGM) augmenté.

Examen physique et affections médicales générales associées. Le Sevrage à la nicotine peut être associé à une toux sèche ou productive, un ralentissement du rythme cardiaque, une augmentation de l'appétit ou un gain de poids, et un affaiblissement de la réponse orthostatique. Les signes les plus habituels d'une Dépendance à la nicotine sont l'odeur de tabac, la toux, les signes d'une broncho-pneumopathie obstructive chronique, et une augmentation des rides cutanées. Des taches de tabac sur les doigts peuvent se produire mais sont rares. L'utilisation du tabac peut accroître notablement la morbidité et en particulier, les risques de cancers surtout pulmonaires et oro- pharyngés, de maladies cardio-vasculaires ou cérébro-vasculaires, de maladies pulmonaires et en particulier de broncho-pneumopathies obstructives chroniques, d'ulcères, de complications chez la femme enceinte et le foetus. Bien que la plupart de ces problèmes semblent causés par les carcinogènes et l'oxyde de carbone contenus dans la fumée du tabac, plus que par la nicotine elle-même, la nicotine pourrait augmenter le risque cardio-vasculaire. Ceux qui n'ont jamais fumé mais sont exposés de façon chronique à la fumée du tabac semblent avoir un risque accru de maladies, en particulier de cancer du poumon et de cardiopathies.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La prévalence du tabagisme diminue dans la plupart des pays industrialisés, mais augmente dans les pays en voie de développement. Les sujets masculins d'origine afro-américaine tendent à avoir des taux sanguins de nicotine plus élevés pour un nombre de cigarettes donné en comparaison avec les autres groupes ethniques, ce qui peut contribuer à occasionner de plus grandes difficultés pour l'arrêt du tabac. Les taux les plus élevés de prévalence d'utilisation de la nicotine sur la vie entière s'observent chez les sujets plus âgés, contrairement à ce qui se passe pour les autres drogues. Aux États-Unis, la prévalence du tabagisme est légèrement plus forte chez les hommes que chez les femmes mais diminue plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. Dans d'autres pays, le tabagisme est souvent nettement prévalent chez les hommes. Lorsqu'il

est prisé ou chiqué, le tabac est beaucoup plus utilisé par les hommes que par les femmes, dans une proportion d'au moins 8 pour 1.

Prévalence

On a observé une diminution assez importante du tabagisme et de la Dépendance à la nicotine dans la plupart des groupes au cours des années 1980, suivie d'une stabilisation du taux de diminution, estimé à seulement 2 % ou moins à la fin des années 1990. Des taux plus élevés de diminution ont été observés chez l'homme par rapport à la femme, et chez les sujets d'origine caucasienne que chez ceux d'origine afro-américaine ou hispanique. Dans plusieurs groupes, on a même observé une augmentation de la prévalence du tabagisme ou de la Dépendance à la nicotine au milieu des années 1990, particulièrement chez les femmes n'ayant pas suivi d'études supérieures.

Selon une étude nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues, environ 72 % des adultes vivant aux États-Unis ont déjà fumé des cigarettes, 32 % au cours des 12 derniers mois et 29 % au cours du dernier mois. Aux États-Unis, les taux de prévalence sur la vie entière les plus élevés se situent chez les sujets âgés de 35 ans et plus (78 %), alors qu'on les trouve dans la classe d'âge 18-25 ans pour les sujets ayant pris ce type de produit au cours des douze derniers mois (45 %) ou du dernier mois (38 %). L'étude de 1996 retrouve aussi des taux importants d'utilisation du tabac à priser ou à chiquer, 17 % de la population reconnaissant avoir déjà pris du tabac sous cette forme, et 5 % au cours du dernier mois. Les enquêtes sur la prise de drogues chez les étudiants indiquent que l'utilisation du tabac est en augmentation dans la population jeune. Selon une enquête menée en 1997, 65 % des élèves de terminale reconnaissent avoir déjà fumé des cigarettes — une augmentation de 62 % par rapport à 1994 (mais moins que le pic de prévalence sur la vie entière de 76 % observé en 1977).

Comme l'on estime que 80 à 90 % des fumeurs réguliers ont une Dépendance à la nicotine, jusqu'à 25 % des sujets vivant aux États-Unis ont probablement une Dépendance à la nicotine. Il a été montré que le taux de Dépendance à la nicotine était plus élevé chez les sujets atteints de Schizophrénie ou de Dépendance à l'alcool que dans la population générale.

Évolution

La prise de nicotine débute habituellement au début de l'adolescence, 95 % des sujets qui continuent de fumer à l'âge de 20 ans devenant des fumeurs réguliers quotidiens. Plus de 80 % des fumeurs indiquent avoir essayé d'arrêter de fumer, mais, au cours de la première tentative, moins de 25 % de ceux qui arrêtent restent abstinents pendant une période prolongée. Au long cours, environ 4,35 % des consommateurs réguliers de nicotine peuvent arrêter finalement de fumer. Pour la grande majorité des fumeurs atteints de Dépendance à la nicotine, l'arrêt du tabac entraîne habituellement des symptômes de sevrage qui commencent clans les quelques heures suivant l'arrêt, avec habituellement un pic d'intensité entre le premier et le quatrième jour, les symptômes résiduels s'améliorant de façon importante au bout de trois à quatre semaines, mais la faim et la prise de poids peuvent persister pendant 6 mois ou plus. Cette évolution émaillée de rechutes et de tentatives répétées d'abstinence s'applique probablement

aussi aux autres formes dans lesquelles est consommée la nicotine, v compris le tabac à chiquer.

Aspects familiaux

Le risque de tabagisme est triplé si un parent biologique du premier degré fume. Les études de jumeaux et d'adoption indiquent que des facteurs génétiques contribuent à l'installation et au maintien du tabagisme, le degré d'héritabilité étant équivalent à celui observé pour la Dépendance alcoolique.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239.

Les symptômes du Sevrage à la nicotine recoupent ceux d'autres syndromes de sevrage à une substance, ceux de l'Intoxication à la caféine, des Troubles anxieux, des Troubles de l'humeur, des Troubles du sommeil, et de l'**akathisie** induite par un médicament. L'admission dans une unité d'hospitalisation où il est interdit de fumer peut induire un syndrome (le sevrage qui peut imiter, rendre plus marqués, ou masquer d'autres diagnostics. La diminution des symptômes associée à la reprise du tabagisme, ou à un traitement de substitution de la nicotine, confirme le diagnostic.

Dans la mesure où l'utilisation régulière de nicotine ne paraît pas altérer les fonctions mentales, la Dépendance à la nicotine ne risque guère d'être confondue avec d'autres Troubles liés à une substance ou avec d'autres troubles mentaux.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour le Sevrage à la nicotine diffèrent sur quelques items. La liste de la CIM-10 comprend l'envie impérieuse de tabac, le malaise ou état de faiblesse, l'aggravation de la toux et les ulcérations buccales et il ne comprend pas l'item du DSM-IV : diminution du rythme cardiaque. Dans la CIM-10, ce trouble s'intitule Syndrome de sevrage à la nicotine[5].

F17.9 [292.9] Trouble lié à la nicotine, non spécifié

La catégorie Trouble lié à la nicotine, non spécifié est utilisé pour les troubles associés à l'utilisation de nicotine qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance à la nicotine ou Sevrage à la nicotine.

5. Traduction française officielle. En anglais Tobacco Withdrawal (N.d.T.).

Troubles liés aux opiacés

Les opiacés comprennent les opiacés naturels (p. ex., morphine), semi-synthétiques (p. ex., héroïne), et des produits synthétiques ayant une action morphinique (p. ex., codéine, hydromorphone, méthadone, oxycodone, mépéridine, fentanyl). Des médications comme la pentazocine et la huprénorphine qui ont à la fois des effets opiacés agonistes et antagonistes, sont aussi inclus clans cette classe parce que, spécialement à petites doses, leurs effets agonistes produisent les mêmes effets physiologiques et comportementaux que les agonistes des opiacés classiques. Les opiacés sont prescrits comme analgésiques, anesthésiques, antidiarrhéiques ou sédatifs de la toux. L'héroïne est l'une des drogues de cette classe qui fait, le plus souvent, l'objet d'un usage détourné et elle est en général injectée bien qu'elle puisse être fumée ou « sniffée » quand elle est très pure. Le fentanyl est injecté, alors que les sédatifs de la toux et les antidiarrhéiques sont pris par voie orale. Les autres opiacés sont pris tant en injection que par voie orale.

Cette section comporte des précisions spécifiques pour les Troubles liés aux opiacés. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent pour toutes les substances. L'application de ces critères généraux à la Dépendance et à l'Abus d'opiacés est indiquée ci-dessous ; cependant, il n'y a pas de critères spécifiques additionnels pour la Dépendance et l'Abus d'opiacés. Des textes et des ensembles de critères spécifiques de l'Intoxication aux opiacés et du Sevrage aux opiacés sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles induits par les opiacés (autres que l'Intoxication et le Sevrage aux opiacés) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., les Troubles de l'humeur induits par les opiacés sont inclus dans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation d'opiacés et des Troubles induits par les opiacés est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation d'opiacés

F11.2x [304.00] Dépendance aux opiacés (voir p. 313)
F11.1 [305.50] Abus d'opiacés (voir p. 314)

Troubles induits par les opiacés

F11.0x [292.89] Intoxication par les opiacés (voir p. 314).
Spécifier si : avec perturbations des perceptions

F11.3x [292.0] Sevrage aux opiacés (voir p. 315)

F11.03 [292.81] Delirium par intoxication aux opiacés (voir p. 166)

F11.51 [292.11] Trouble psychotique induit par les opiacés, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F11.52 [292.12] Trouble psychotique induit par les opiacés, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F11.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par les opiacés (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F11.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par les opiacés (voir p. 649).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F11.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par les opiacés (voir p. 757).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage
F11.9 [292.9] Trouble lié aux opiacés, non spécifié (voir p. 321)

Troubles liés à l'utilisation d'opiacés

F11.2x 1304.00] Dépendance aux opiacés

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228). La plupart des sujets ayant une Dépendance aux opiacés ont des niveaux significatifs de tolérance et vont subir un sevrage en cas d'arrêt brutal des opiacés. La Dépendance aux opiacés comprend des signes et des symptômes qui reflètent une autoadministration prolongée et compulsive d'opiacés qui sont utilisés sans raison médicale légitime, ou, s'il existe une affection médicale générale nécessitant un traitement par les opiacés, ils sont utilisés à des doses largement en excès par rapport à la quantité nécessaire pour soulager la douleur. Les personnes avant une Dépendance aux opiacés tendent à développer des modes d'utilisation réguliers, compulsifs, quotidiens de la drogue tels que, typiquement, les activités journalières 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 somatiques généraux ou grâce à des prescriptions simultanées de plusieurs médecins. Les professionnels de santé qui ont une Dépendance aux 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.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer à un diagnostic de Dépendance aux opiacés. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

0 Rémission précoce complète/Rémission précoce partielle
0 Rémission prolongée complète/Rémission prolongée partielle
2 Traitement par agoniste
1 En environnement protégé

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

F11.1 [305.50] Abus d'opiacés

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). Des difficultés judiciaires peuvent résulter du comportement pendant une intoxication par les opiacés ou parce qu'un sujet s'est adressé à des sources d'approvisionnement illégales. Les personnes qui abusent d'opiacés utilisent typiquement ces substances beaucoup moins souvent que celles qui ont une dépendance et elles ne développent pas de symptômes de sevrage significatifs. Quand les problèmes liés à l'utilisation des opiacés sont accompagnés de manifestations de tolérance, de sevrage ou de comportements compulsifs liés à l'utilisation des opiacés, des informations complémentaires doivent être obtenues pour voir si un diagnostic de Dépendance aux opiacés n'est pas plus approprié que celui d'Abus d'opiacés.

Troubles induits par les opiacés

F1 1.0x [292.89] Intoxication aux opiacés

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication aux opiacés est la présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., euphorie initiale suivie d'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement psychomoteur, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation d'un opiacé (Critères A et B). 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 (« piquer du nez ») ou même coma, discours bredouillant, altération de l'attention ou de la mémoire (Critère C). Les sujets ayant une Intoxication aux opiacés peuvent être inattentifs à l'environnement allant jusqu'à ignorer des événements potentiellement dangereux. Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

L'importance des modifications comportementales et physiologiques qui résultent de l'utilisation des opiacés dépend de la dose aussi bien que des caractéristiques du sujet qui utilise la substance (p. ex., tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'utilisation). Les symptômes d'une Intoxication aux opiacés persistent en général pendant plusieurs heures, durée en relation avec la demi-vie de la plupart des opiacés. Une intoxication sévère par surdose d'opiacés peut conduire à un coma, une dépression respiratoire, une dilatation pupillaire, une perte de conscience, et même à la mort.

Spécification

La spécification suivante peut être appliquée au diagnostic d'Intoxication aux opiacés.

Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée dans les rares cas où des hallucinations avec une appréciation intacte de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles se produisent en l'absence d'un delirium. Une *appréciation intacte de la réalité,* signifie que la personne sait que les hallucinations

sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand les hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques de F11.0x [292.89] L'intoxication à un opiacé

A. Utilisation récente d'un opiacé.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., euphorie initiale suivie par de l'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement moteur, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un opiacé.

C. Constriction pupillaire (ou dilatation pupillaire due à l'anoxie en cas de surdose grave) et au moins un des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation d'opiacés :

(1) somnolence ou corna
(2) discours bredouillant
(3) altération de l'attention ou de la mémoire

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

Note de codage : Si avec perturbations des perceptions, coder F11.04.

F11.3x [292.0] Sevrage aux opiacés

Se référer aussi au texte et aux critères pour le Sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle d'un Sevrage aux opiacés est la présence d'un syndrome de sevrage typique se développant après l'interruption (ou la réduction) d'une utilisation d'opiacés qui a été massive et prolongée (Critère A1). Le syndrome de sevrage peut aussi être déclenché par l'administration d'un antagoniste opiacé (p. ex., naloxone ou naltrexone) après une période d'utilisation des opiacés (Critère A2). Le Sevrage aux opiacés est caractérisé par une combinaison de signes et de symptômes qui sont les opposés des effets agonistes aigus. Les premiers parmi ceux-ci sont subjectifs et consistent en (les plaintes d'anxiété, de fébrilité, et de « sensations douloureuses » souvent localisées au clos et aux jambes, accompagnées d'un désir d'obtenir des opiacés (« manque ») et d'un comportement de recherche de drogue, avec irritabilité et sensibilité accrue à la douleur. Au moins trois des manifestations suivantes doivent être présentes pour que le diagnostic de Sevrage aux opiacés puisse être porté : humeur dysphorique, nausées ou vomissements, douleurs musculaires, larmoiement 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 une Dépendance aux opiacés obtiennent en général des substances avant que le sevrage soit aussi avancé. Ces symptômes de Sevrage aux opiacés doivent causer 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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

Chez la plupart des sujets qui sont dépendants à des produits 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 ou le LAAM (L-alpha-acétylméthadol). 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, insomnie et appétence pour la drogue. Pratiquement tous les sujets atteints de Dépendance aux opiacés rapportent une composante physique, 50 % d'entre eux ayant éprouvé des symptômes de sevrage.

*Relations avec les critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères du DSM-IV et de la CIM-10 pour l'Intoxication aux opiacés sont approximativement les mêmes. Les listes de symptômes pour le Sevrage aux opiacés diffèrent quelque peu dans les deux systèmes. La liste de la CIM-10 comprend l'envie impérieuse de prendre un opiacé, des crampes abdominales et une tachycardie (ou hypertension) et ne comprend pas les items du DSM-IV : fièvre et humeur dysphorique.

Critères diagnostiques du **F11.3x** [292.01 Sevrage aux opiacés

A. L'une ou l'autre des circonstances suivantes :

(1) arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'opiacés qui a été massive et prolongée (au moins plusieurs semaines)
(2) administration d'un antagoniste opiacé après une période d'utilisation 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) larmoiement ou rhinorrhée

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F11.3x [292.01 Sevrage aux opiacés *(suite)*

(5) dilatation pupillaire, piloérection, ou transpiration
(6) diarrhée
(7) bâillement
(8) fièvre
(9) insomnie

C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou clans d'autres domaines importants.

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

Autres Troubles induits par les opiacés

Les Troubles induits par les opiacés suivants sont décrits dans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : Delirium par intoxication aux opiacés (p. 166), Trouble psychotique induit par les opiacés (voir p. 392), Trouble de l'humeur induit par les opiacés (voir p. 466), Dysfonction sexuelle induite par les opiacés (voir p. 649), Trouble du sommeil induit par les opiacés (voir p. 757). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication ou du Sevrage aux opiacés que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux qui sont habituellement associés au syndrome d'Intoxication ou de Sevrage aux opiacés et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés aux opiacés

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. La Dépendance aux opiacés est habituellement associée à des antécédents criminels liés à la drogue (p. ex., détention ou fourniture de drogue, faux, 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. Divorce,

chômage ou travail irrégulier sont souvent associés à la Dépendance aux opiacés quel que soit le niveau socio-économique.

Pour de nombreux sujets, les effets de la première prise d'opiacés sont de type dysphorique plutôt qu'euphorisants, et des nausées et des vomissements peuvent en résulter. Les sujets qui présentent une Dépendance aux opiacés ont un risque particulier de développer des épisodes dépressifs légers à modérés correspondant aux critères symptomatiques et de durée des Troubles dysthymiques et parfois des Troubles dépressifs majeurs. Ces symptômes peuvent représenter un Trouble de l'humeur induit *par* les opiacés (voir p. 466) ou des exacerbations d'un trouble dépressif primaire préexistant. Les périodes de dépression sont particulièrement fréquentes au cours d'une intoxication chronique ou associées aux facteurs de stress psychosociaux liés à la Dépendance aux opiacés. L'insomnie est habituelle, spécialement pendant le sevrage. La Personnalité antisociale est beaucoup plus fréquente chez les sujets avant une Dépendance aux opiacés que dans la population générale. Le Stress posttraumatique est aussi observé avec une fréquence accrue. les antécédents de Trouble tics conduites dans l'enfance ou l'adolescence ont été identifiés comme un facteur de risque significatif pour les Troubles liés à une substance, spécialement la Dépendance aux opiacés.

Examens complémentaires. Les tests toxicologiques urinaires de routine sont souvent positifs chez les sujets avant une Dépendance aux opiacés. Avec la plupart des opiacés, les tests urinaires restent positifs 12 à 36 heures après l'administration. Les opiacés à durée d'action prolongée (p. ex., méthadone et LAAM) peuvent être identifiés dans les urines pendant plusieurs jours. Le fentanyl n'est pas détecté par les tests urinaires standards mais peut être identifié par des procédures plus spécialisées. Des résultats de laboratoire montrant la présence d'autres substances (p. ex., cocaïne, marijuana, alcool, amphétamines, benzodiazépines) sont habituels. Les tests de dépistage pour l'hépatite A, B et C sont positifs chez 80 à 90 des utilisateurs 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). Des tests des fonctions hépatiques modérément élevés sont habituels, 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 du cortisol et de la régulation de la température corporelle ont été observés jusqu'à six mois après une désintoxication aux opiacés.

Examen physique et affections médicales générales associées. L'utilisation aiguë ou chronique d'opiacés est associée à un défaut de sécrétions causant une sécheresse buccale et nasale, un ralentissement de l'activité gastro-intestinale, et une constipation. L'acuité visuelle peut être altérée du fait de la constriction pupillaire. 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 oedèmes périphériques se développent et que les sujets se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou des lombes. Quand ces veines deviennent inutilisables, les sujets font souvent l'injection directement dans le tissu sous-cutané (« boulloches »), ce qui conduit à des cellulites, des abcès et des cicatrices d'apparence circulaire témoignant de lésions cutanées guéries. Le tétanos et les infections dues au *Clostridium botulinum* représentent des conséquences relativement rares mais extrêmement graves des injections d'opiacés, en particulier avec des aiguilles contaminées. Des infections peuvent survenir dans d'autres organes et comprennent endocardite bactérienne, hépatite et

infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 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 par le bacille tuberculeux est en général asymptomatique et mise en évidence seulement par la présence d'une réaction cutanée positive à la tuberculine. Toutefois, de nombreux cas de tuberculose active ont été retrouvés spécialement chez ceux qui sont infectés par le VIH. Ces sujets ont souvent une infection nouvellement acquise, mais sont aussi susceptibles d'être confrontés à une 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 (« sniffer ») développent souvent une irritation de la muqueuse nasale, quelquefois accompagnée d'une perforation de la cloison. 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 règles irrégulières et des anomalies des fonctions de reproduction.

L'incidence de l'infection par le VIH est élevée chez les sujets qui se droguent par voie intraveineuse, et de nombreux sujets infectés présentent une Dépendance aux opiacés. Des taux d'infection par le VIH allant jusqu'à 60 % ont été signalés chez les sujets dépendants de l'héroïne dans certaines régions des États-Unis.

En plus des infections telles que cellulite, hépatite, SIDA, tuberculose et endocardite, la Dépendance aux opiacés est associée à des taux de mortalité très élevés, atteignant 1,5 à 2 % par an. La mort résulte, le plus souvent, de surdose, 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 surdoses ou l'infection par le VIH. Une dépendance physique aux opiacés survient chez environ la moitié des nourrissons nés de mères ayant une Dépendance aux opiacés ; elle peut conduire à un syndrome de sevrage sévère imposant un traitement médical. Bien qu'on rencontre de faibles poids de naissance quand les mères ont une Dépendance aux opiacés, ils ne sont généralement ni marqués ni associés à des conséquences indésirables sérieuses.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Depuis les années 1920, aux États-Unis, les membres (le certaines minorités vivant dans des zones économiquement défavorisées sont surreprésentés parmi les personnes avant une Dépendance aux opiacés. Toutefois, vers la fin du XIX^e^ siècle et au début du XX^e^, la Dépendance aux opiacés était plus souvent observée chez les blancs des classes moyennes, spécialement les femmes, ce qui suggère que les différences d'utilisation sont en rapport avec la disponibilité des drogues opiacées et avec d'autres facteurs sociaux. Le personnel médical qui a un accès direct aux opiacés, aurait un risque accru d'Abus ou de Dépendance aux opiacés.

La prévalence diminue à mesure que l'âge augmente. Cette tendance à une diminution de la Dépendance débute généralement vers l'âge de 40 ans et a été baptisée s'en sortir en mûrissant ». Cependant, de nombreuses personnes sont restées dépendantes aux opiacés pendant cinquante ans ou plus. Les hommes sont plus fréquemment touchés, avec un rapport homme-femme qui est habituellement de 1,5/1 pour les opiacés autres que l'héroïne (ceux obtenus sur prescription) et de 3/1 pour l'héroïne.

Prévalence

Selon une étude nationale menée en 1996, 6,7 % des hommes et 4,5 % des femmes vivant aux États-Unis ont reconnu avoir déjà pris un analgésique d'une façon autre que celle prescrite. La prévalence au cours des 12 derniers mois était de 2 % et d'environ 1 % au cours du dernier mois. Les taux les plus élevés de prévalence sur la vie entière de l'utilisation inappropriée des analgésiques se situaient chez les sujets âgés de 18 à 25 ans (9 %), avec chez ces sujets une prévalence de 5 % au cours des douze derniers mois et de 2 % au cours du dernier mois. La prévalence sur la vie entière de l'utilisation d'héroïne était d'environ 1 %, et de 0,2 % sur les 12 derniers mois. Selon une enquête menée en 1997 chez des étudiants, environ 2 % des étudiants de licence ont déjà pris de l'héroïne et 10 % reconnaissent avoir utilisé de façon inappropriée d'autres « analgésiques ». Ces taux de prévalence sur la vie entière de prise d'héroïne chez les étudiants de licence sont supérieurs à ceux de 1990 et 1994 (respectivement 1,3 et 1,2 %) et représentent les résultats les plus élevés depuis le taux supérieur à 2 % observé en 1975. Comme ces enquêtes portaient sur les modes d'utilisation et non sur les troubles, on ne sait pas combien de ces utilisateurs d'analgésiques ou d'héroïne avaient des symptômes correspondant aux critères de Dépendance ou d'Abus. Une étude dans la population générale, conduite aux États-Unis de 1980 à 1985 avec les critères plus restrictifs du DSM-III, a montré qu'environ 0,7 % de la population adulte avait présenté un Abus ou une Dépendance aux opiacés à un moment quelconque de leur vie. Parmi les sujets ayant une Dépendance ou un Abus, 18 avaient signalé une utilisation au cours du dernier mois, et 42 % un problème avec les opiacés au cours de la dernière année.

Évolution

La Dépendance aux 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 autour de la vingtième année. Une fois que la Dépendance se développe, elle est généralement continue sur une période de plusieurs années, même si de brèves périodes d'abstinence sont fréquentes. 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 Dépendance aux opiacés deviennent abstinents à long terme. Une exception à cette évolution chronique typique de la Dépendance aux opiacés, a été observée chez les hommes engagés au Vietnam et qui y étaient devenus dépendants des opiacés. A leur retour aux États-Unis, moins de 10 % de ceux qui avaient été dépendants des opiacés ont rechuté, mais ils ont présenté une incidence accrue de Dépendance alcoolique ou de Dépendance aux amphétamines. Peu de données sont disponibles sur l'évolution de l'Abus d'opiacés.

Aspects familiaux

Les membres des familles des sujets ayant une Dépendance aux opiacés sont susceptibles de présenter un niveau plus élevé de psychopathologie, spécialement une incidence augmentée de Troubles liés à une substance et de Personnalités antisociales.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. 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., Dysthymie pour le Trouble de l'humeur induit par les opiacés, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel. Les opiacés sont moins susceptibles de produire des symptômes de troubles mentaux que la plupart des autres drogues donnant lieu à abus, et dans certains cas, peuvent même diminuer ces symptômes. Dans de tels cas, les symptômes ou troubles mentaux peuvent apparaître après l'interruption de l'utilisation d'opiacés.

L'Intoxication alcoolique, et **l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques,** peuvent causer un tableau clinique qui ressemble à celui de l'Intoxication aux opiacés. Un diagnostic d'Intoxication alcoolique, 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 à un 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 ne supprimera pas tous les effets sédatifs. L'anxiété et la fébrilité associées -au Sevrage aux opiacés ressemblent aux symptômes notés dans le **Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.** Cependant, le Sevrage aux opiacés est aussi accompagné par une rhinorrhée, un larmoiement et une dilatation pupillaire qui ne sont pas notés clans les sevrages aux produits de type sédatif. Des pupilles dilatées sont aussi notées dans **l'Intoxication aux hallucinogènes, l'Intoxication aux amphétamines,** et **l'Intoxication à la cocaïne.** Toutefois, d'autres signes ou symptômes du Sevrage aux opiacés tels que nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales, rhinorrhée, ou larmoiement, ne sont pas présents. L'Intoxication par les opiacés et le Sevrage aux opiacés se distinguent des **autres Troubles induits par les opiacés** (p. ex., Trouble de l'humeur induit par les opiacés, avec début pendant l'intoxication) par le fait que les symptômes dans ces troubles vont au delà de ceux qui sont habituellement associés à l'Intoxication aux opiacés ou au Sevrage aux opiacés et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

F1 1.9 [292.9] Trouble lié aux opiacés, non spécifié

La catégorie du Trouble lié aux opiacés, non spécifié est utilisée pour les troubles associés à l'utilisation des opiacés qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance aux opiacés, Abus d'opiacés, Intoxication aux opiacés, Sevrage aux opiacés, Delirium par intoxication aux opiacés, Trouble psychotique induit par les opiacés, Trouble de l'humeur induit par les opiacés, Dysfonction sexuelle induite par les opiacés, ou Trouble du sommeil induit par les opiacés.

Troubles liés à la phencyclidine (ou aux substances similaires)

Les phencyclidines (ou les substances similaires) comprennent la phencyclidine (PCP, Sernylan) et des produits moins puissants mais qui agissent de manière similaire comme la kétamine (Kétalar, Ketaject), la cyclohexamine et la dizocilpine. Ces substances ont d'abord été développées comme anesthésiques dissociatifs dans les années 1950 et sont devenues des drogues qu'on trouvait dans la *rue* dans les années 1960. Elles peuvent être prises par voie orale ou intraveineuse ou peuvent être fumées. La phencyclidine (vendue illégalement sous des noms variés tels que PCP, Hog, Tranq, Angel Dust [poussière d'ange], et Peace Pill) est la substance de cette classe qui fait le plus habituellement l'objet d'abus.

Cette section contient des précisions spécifiques pour les Troubles liés à la phencyclidine. Des textes et des critères ont déjà été donnés pour les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent à toutes les substances. L'application de ces critères généraux à la Dépendance et à l'Abus de phencyclidine est indiquée ci-dessous ; cependant, il n'y a pas de critères additionnels spécifiques pour la Dépendance à la phencyclidine ou l'Abus de phencyclidine. Un texte et un ensemble *de* critères spécifiques de l'Intoxication par la phencyclidine sont aussi donnés ci-dessous. Bien que des symptômes de sevrage à la phencyclidine puissent se produire, leur signification clinique est incertaine, et le diagnostic de sevrage à la phencyclidine n'est pas inclus dans ce manuel. Les Troubles induits par la phencyclidine (autres que l'Intoxication à la phencyclidine) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation *clinique* (p. ex., le Trouble psychotique induit par la phencyclidine est inclus dans la section « Schizophrénie et autres troubles psychotiques »). La liste des Troubles liés à l'utilisation de la phencyclidine et les Troubles induits par la phencyclidine est donnée ci-dessous.

*Troubles liés à l'utilisation de **phencyclidine***

F19.2x [304.60] Dépendance à la phencyclidine (voir p. 323)
F19.1 [305.90] Abus de phencyclidine (voir p. 324)

*Troubles induits par la **phencyclidine***

F19.0x [292.89] Intoxication à la phencyclidine (voir p. 324).
Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F19.03 [292.81] Delirium par intoxication à la phencyclidine (voir p. 166)

F19.51 [292.11] Trouble psychotique induit par la phencyclidine, avec idées délirantes (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F19.52 [292.12] Trouble psychotique induit par la phencyclidine, avec hallucinations (voir p. 392).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F19.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine (voir p. 466).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F19.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la phencyclidine (voir p. 553).
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication
F19.9 [292.9] Trouble lié à la phencyclidine non spécifié (voir p. 328)

Troubles liés à l'utilisation de phencyclidine

F19.2x [304.601 Dépendance à la phencyclidine

Se référer aussi au texte et aux critères pour une Dépendance à une substance (voir p. 228). Certains des critères généraux pour une Dépendance à une substance ne s'appliquent pas à la phencyclidine. Bien qu'un « manque » ait été signalé chez des sujets présentant une utilisation massive, ni tolérance ni symptômes de sevrage n'ont été clairement démontrés chez l'homme (bien que leur survenue ait été mise en évidence dans des études animales). En général, la phencyclidine n'est pas difficile à obtenir, et les sujets qui ont une Dépendance à la phencyclidine en fument souvent au moins 2 ou 3 fois par jour, passant ainsi une partie importante de leur temps à utiliser la substance et à en éprouver les effets. L'utilisation de la phencyclidine peut continuer malgré la présence de problèmes psychologiques (p. ex., désinhibition, anxiété, colère, agressivité, panique et reviviscences ou « flash-backs ») ou médicaux (p. ex., hyperthermie, hypertension, convulsions) dont le sujet sait qu'ils sont causés par la substance. Les sujets qui ont une Dépendance à la phencyclidine peuvent présenter des réactions comportementales dangereuses dues à un manque de prise de conscience et à un défaut de jugement pendant l'intoxication. Un comportement agressif avec bagarres résultant probablement d'une désorganisation de la pensée, d'une agitation et d'un trouble du jugement est reconnu comme l'un des effets indésirables particulièrement problématiques de la phencyclidine. Comme avec les hallucinogènes, les réactions indésirables à la phencyclidine peuvent être plus fréquentes chez les sujets qui ont des troubles mentaux préexistants.

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer à un diagnostic de Dépendance à la phencyclidine. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
1 En environnement protégé

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

F19.1 [305.901 Abus de phencyclidine

Se référer aussi au texte et aux critères pour un Abus de substance (voir p. 229). Bien que les sujets qui abusent de phencyclidine utilisent la substance bien moins fréquemment que ceux qui ont une Dépendance, ils peuvent, de manière répétitive, omettre de remplir leurs obligations majeures scolaires, professionnelles ou à la maison du fait de l'Intoxication à la phencyclidine. Les sujets peuvent utiliser la phencyclidine dans des situations où c'est physiquement dangereux (comme lors de l'utilisation de grosses machines, ou en conduisant une motocyclette ou une voiture). Des problèmes judiciaires peuvent survenir du fait de la possession de phencyclidine, ou du fait de comportements qui résultent de l'Intoxication (p. ex., bagarres). Il peut y avoir des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents dus au comportement du sujet pendant l'intoxication ou à son style de vie chaotique, aux problèmes judiciaires multiples ou aux disputes avec des proches importants.

Troubles induits par la phencyclidine

F19.0x 1292.891 Intoxication par la phencyclidine

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication à la phencyclidine est la présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., bagarre, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel), qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de phencyclidine (ou d'une substance similaire) (Critères A et B). Ces changements sont accompagnés par au moins deux des signes suivants, qui se développent dans l'heure qui suit l'utilisation de la substance (moins si la substance a été fumée, sniffée, ou utilisée par voie intraveineuse) : nystagmus horizontal ou vertical, hypertension ou tachycardie, engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur, ataxie, dysarthrie, rigidité musculaire, crises convulsives ou coma, et hyperacousie (Critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D).

Les signes et symptômes spécifiques sont fonction de la close. Les doses faibles de phencyclidine produisent vertiges, ataxie, nystagmus, hypertension légère, mouvements involontaires anormaux, langage bredouillant, nausées, faiblesse, ralentissement du temps de réaction, euphorie ou banalisation des affects, facilité d'élocution, et disparition du sens des responsabilités. Une désorganisation de la pensée, une modification de l'image du corps et des perceptions sensorielles, une dépersonnalisation, et des sentiments d'irréalité se produisent à des doses intermédiaires. On a mis en évidence que les sujets atteints de Schizophrénie pouvaient éprouver une aggravation de leurs symptômes psychotiques. Des closes plus élevées produisent amnésie et coma, et une analgésie suffisante pour les interventions chirurgicales ; des convulsions avec dépression respiratoire surviennent aux plus fortes doses. Les effets débutent presque immédiatement après administration intraveineuse ou transpulmonaire, atteignant leur acmé en quelques minutes. Les effets sont maximaux environ 2 heures après les doses orales. Dans les intoxications plus modérées, les effets cèdent après 8 à

20 heures, cependant que les signes et symptômes des intoxications sévères peuvent persister pendant *plusieurs jours. Le Trouble psychotique induit par la phencyclidine* (p. 392) peut persister pendant plusieurs semaines.

Spécification

La spécification suivante peut être appliquée au diagnostic d'Intoxication à la phencyclidine.

F19.04 Intoxication à la Phencyclidine, Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être utilisée quand des hallucinations avec une *appréciation intacte de la réalité,* ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles se produisent en l'absence d'un delirium. Une *appréciation intacte de la réalité* signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand les hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques de F19.0x [292.89] L'intoxication à la phencyclidine

A. Utilisation récente de phencyclidine (ou d'une substance voisine).

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., bagarres, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de phencyclidine.

C. Au moins deux des signes suivants se développent dans l'heure qui suit (moins si la substance a été fumée, « sniffée », ou utilisée par voie intraveineuse) :

(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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : F19.04.

Autres Troubles induits par la phencyclidine

Les Troubles induits par la phencyclidine suivants sont décrits dans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : **Delirium par intoxication à la phencyclidine** (p. 166), **Trouble psychotique induit par la phencyclidine** (p. 392), **Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine** (p. 466), **Trouble anxieux induit par la phencyclidine** (p. 553). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication ou du Sevrage à la phencyclidine que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux qui sont habituellement associés au syndrome d'Intoxication à la phencyclidine et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique particulier.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés à la phencyclidine

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Bien que les sujets ayant une Intoxication à la phencyclidine puissent rester vigiles et orientés, il peuvent présenter un delirium, un coma, des symptômes psychotiques, ou un mutisme catatonique avec postures anormales. Des intoxications répétées peuvent conduire à des problèmes professionnels, familiaux, sociaux ou judiciaires. De la violence, de l'agitation, et un comportement bizarre (p. ex., errance avec confusion) peuvent se produire. Les sujets ayant une Dépendance ou un Abus à la phencyclidine peuvent signaler la répétition d'hospitalisations, de consultations aux urgences, et d'arrestations pour comportement bizarre ou confus, ou bagarres, liées à l'intoxication. Un Trouble des conduites, chez l'adolescent, et une Personnalité antisociale, chez l'adulte, peuvent être associés à l'utilisation de la phencyclidine. La Dépendance à d'autres substances, (surtout la cocaïne, l'alcool et les amphétamines) est habituelle chez ceux qui ont une Dépendance à la phencyclidine.

Examens complémentaires. La phencyclidine (ou une substance similaire) est présente dans les urines des sujets qui ont une intoxication aiguë à l'une de ces substances. La substance peut être détectée dans l'urine plusieurs semaines après la fin d'une période d'utilisation prolongée ou à très forte dose à cause de sa liposolubilité élevée. La phencyclidine peut être plus facilement détectée dans des urines acidifiées. La créatine-phosphokinase (CPK) et la transaminase sérique glutamo-oxaloacétique (SGOT) sont souvent élevées, reflétant une atteinte musculaire.

Examen physique et affections médicales générales associés. L'Intoxication à la phencyclidine provoque une toxicité importante au niveau cardio-vasculaire et neurologique (p. ex., convulsions, dystonies, dyskinésies, catalepsie, et hypothermie ou hyperthermie). Étant donné qu'environ la moitié des sujets atteints d'Intoxication à la phencyclidine ont un nystagmus ou une élévation de la pression artérielle, ces signes physiques peuvent être utiles pour identifier un utilisateur de phencyclidine. Chez les sujets qui ont une Dépendance ou un Abus à la phencyclidine, il peut y avoir des stigmates physiques de blessures par accident, bagarre, et chutes. Des cordons secondaires aux piqûres, des hépatites, des maladies liées au virus de l'immunodéficience humaine

(VIH), et des endocardites bactériennes peuvent se rencontrer chez les sujets, relativement peu nombreux, qui prennent de la phencyclidine par voie intraveineuse. Des noyades, même avec de faibles hauteurs d'eau ont été signalées. Les problèmes respiratoires incluent : apnée, bronchospasme, bronchorrhée, inhalation bronchique au cours d'un coma, et hypersalivation. Une rhabdomyolyse avec atteinte rénale est notée chez environ 2 % des sujets qui se présentent aux urgences pour traitement. L'arrêt cardiaque est rare.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La prévalence des problèmes liés à la phencyclidine semble plus élevée chez les personnes de 20 à 40 ans, et environ deux fois plus fréquente chez les hommes, et clans les minorités ethniques. Les trois quarts des consultations d'urgences hospitalières liées à la phencyclidine concernent des hommes.

Prévalence

Aux États-Unis, les médecins légistes indiquent que la phencyclidine est impliquée dans environ 3 % des décès associés à l'utilisation d'une substance. Selon une enquête nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues, plus de 3 % des sujets âgés d'au moins 12 ans ont reconnu avoir déjà utilisé de la phencyclidine, et 0,2 au cours des 12 derniers mois. Le pic de prévalence sur la vie entière se situait entre l'âge de 26 et 34 ans pi %), alors que chez les sujets avant pris de la phencyclidine au cours des douze derniers mois, on le trouvait clans la classe d'âge 12-17 ans (0,7 %). Il faut noter que ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, si bien que l'on ne sait pas combien des sujets étudiés ayant utilisé de la phencyclidine avaient les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus. La prévalence de la Dépendance à la phencyclidine ou de l'Abus de phencyclidine clans la population générale n'est pas connue.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par la phencyclidine peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex., humeur dépressive) qui ressemblent à **des troubles mentaux primaires** (p. ex., Trouble dépressif majeur pour le Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel. Des épisodes récurrents de symptômes psychotiques ou thymiques, dus à l'Intoxication à la phencyclidine, peuvent simuler une **Schizophrénie** ou un **Trouble de l'humeur.** Des antécédents ou la démonstration par le laboratoire d'une utilisation de phencyclidine témoignent de l'implication de la substance, mais n'excluent pas la co- occurence d'autres troubles mentaux primaires. Une installation rapide des symptômes, la présence d'un delirium ou l'observation d'un nystagmus ou d'une hypertension suggèrent aussi une Intoxication à la phencyclidine plutôt qu'une Schizophrénie, mais l'utilisation de phencyclidine peut induire des symptômes psychotiques aigus chez des sujets ayant une Schizophrénie préexistante. Une résolution rapide des symptômes et l'absence d'antécédents tic Schizophrénie peuvent faciliter une telle différenciation. La violence

ou une altération (lu jugement en rapport avec la drogue peuvent survenir en même temps qu'un Trouble des conduites ou une Personnalité antisociale, ou simuler certains des aspects de ces troubles. L'absence de problèmes comportementaux avant le début de l'utilisation de la substance, ou en l'absence de consommation, peut aider à clarifier cette différenciation.

La phencyclidine et les substances similaires peuvent produire des perturbations des perceptions (p. ex., lumières scintillantes, perception de sons, illusions, ou images visuelles construites) que la personne reconnaît, en général, comme résultant de l'utilisation de la drogue. Si l'appréciation de la réalité reste intacte, et si la personne ne croit pas que les perceptions sont réelles, ni n'agit d'après elles, la spécification Avec perturbations des perceptions est utilisée pour l'Intoxication à la phencyclidine. Si l'appréciation de la réalité est altérée, le diagnostic de Trouble psychotique induit par la phencyclidine doit être envisagé.

La différenciation de l'Intoxication à la phencyclidine et d'autres Intoxications par une substance (avec lesquelles elle coexiste souvent) se fonde sur des antécédents de prise (le la substance, sur la présence de manifestations caractéristiques (p. ex., nystagmus et hypertension légère) et sur des tests toxicologiques urinaires positifs. Les sujets qui utilisent la phencyclidine utilisent souvent aussi d'autres drogues, et une comorbidité avec l'Abus ou la Dépendance d'autres substances doit être envisagée. L'Intoxication à la phencyclidine se distingue des autres Troubles induits par la phencyclidine (p. ex., Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine, avec début pendant l'intoxication) par le fait que les symptômes dans ces troubles vont au delà de ceux qui sont habituellement associés à l'Intoxication à la phencyclidine et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 ne comprend pas de classe séparée pour les Troubles liés à la Phencyclidine.

F19.9 1292.91 Trouble lié à la phencyclidine, non spécifié

La catégorie de Trouble lié à la phencyclidine, non spécifié est utilisée pour les troubles associés à l'utilisation de la phencyclidine qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance à la phencyclidine, Abus de phencyclidine, Intoxication à la phencyclidine. Delirium par intoxication à la phencyclidine, Trouble psychotique induit par la phencyclidine, Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine, ou Trouble anxieux induit par la phencyclidine.

Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Les substances sédatives, hypnotiques ou anxiolytiques (tranquillisants) comprennent les benzodiazépines, des produits benzodiazépines-like comme le zolpidem, le 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 inclut toutes les médications somnifères sur prescription, et presque toutes les médications anxiolytiques sur prescription. Les agents antianxieux non benzodiazépiniques (p. ex., buspirone, gépirone) ne sont pas compris dans cette classe. Certaines des médications de cette classe ont d'autres utilisations cliniques importantes (p. ex., comme anticonvulsivants). Comme l'alcool, ces agents sont des dépresseurs cérébraux et peuvent produire les mêmes Troubles induits par une substance, et les même Troubles liés à l'utilisation d'une substance. A fortes doses, les sédatifs, hypnotiques, et anxiolytiques peuvent causer la mort, surtout quand ils sont mélangés avec de l'alcool. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques peuvent être rie source médicale (prescription) ou illégale. Occasionnellement, les sujets qui obtiennent ces substances sur ordonnance vont en abuser ; inversement, certains de ceux qui achètent des substances de cette classe « dans la rue » ne développent pas de Dépendance ou d'Abus. Les médications avec une apparition rapide de l'activité et/ou une durée d'action courte ou intermédiaire seraient particulièrement susceptibles de donner lieu à un abus.

Cette section comporte des précisions spécifiques pour les Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Des textes et des ensembles de critères ont déjà été donnés pour définir les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222) et de l'Abus d'une substance (p. 229) qui s'appliquent à toutes les substances. L'application de ces critères généraux à la Dépendance et à l'Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est indiquée ci-dessous ; cependant, il n'y a pas de critères spécifiques additionnels pour la Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et l'Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Des textes et des ensembles rie critères spécifiques pour l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et le Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, sont aussi donnés ci-dessous. Les Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (autres que l'intoxication et le Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est inclus dans la section « Troubles anxieux »). La liste des Troubles liés à l'utilisation de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et des Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

F13.2x [304.10] Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 330)

F13.1 [305.40] Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 331)

Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

F13.0x [292.89] Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 332)

F13.3x [292.0] Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 333)

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F13.03 [292.81] Delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 166)

F13.4x [292.81] Delirium par sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 168)

F13.73 [292.82] Démence persistante induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 195)

F13.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 204)

F13.51 [292.11] Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, avec idées délirantes (voir p. 392)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F13.52 [292.12] Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, avec hallucinations (voir p. 392)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F13.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 466)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F13.8 [292.89] Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 553)
Spécifier si : avec début pendant le sevrage

F13.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 649)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F13.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 757)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F13.9 [292.9] Trouble lié aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, non spécifié (voir p. 339)

Troubles liés à l'utilisation des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

F13.2x 1304.101 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Se référer aussi au texte et aux critères pour la Dépendance à une substance (voir p. 228) et aux Troubles liés à l'alcool (voir p. 245). Des niveaux très significatifs de dépendance physiologique, marquée par une tolérance et un sevrage, peuvent se développer avec les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. L'évolution dans le temps et la sévérité du syndrome de sevrage vont différer selon la substance spécifique, sa pharmacocinétique et sa pharmacodynamique. Par exemple, le sevrage de substances à

durée d'action plus courte, qui sont rapidement absorbées et n'ont pas de métabolites actifs (p. ex., le triazolam) peut débuter dans les heures qui suivent l'interruption de la substance ; le sevrage de substances avec des métabolites à longue durée d'action (p. ex., le diazépam) peut ne pas apparaître avant 1 ou 2 jours ou plus. Le syndrome de sevrage produit par des substances de cette classe peut être caractérisé par le développement d'un delirium qui peut représenter un risque vital. Il peut y avoir des manifestations de tolérance et de sevrage en l'absence d'un diagnostic de Dépendance à une substance chez un sujet qui a brutalement arrêté des benzodiazépines prises sur de longues périodes aux closes thérapeutiques prescrites. tin diagnostic de Dépendance à une substance ne doit être envisagé que si, en plus d'une dépendance physiologique, le sujet qui utilise la substance présente de nombreuses autres difficultés (p. ex., un sujet dont le comportement de recherche de drogue s'est développé au point que des activités importantes sont abandonnées ou réduites pour obtenir la substance.)

Spécifications

Les spécifications suivantes pour l'évolution peuvent s'appliquer à un diagnostic de Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Elles sont codées au cinquième caractère (voir p. 225 pour plus de détails).

O Rémission précoce complète
O Rémission précoce partielle
O Rémission prolongée complète
O Rémission prolongée partielle
2 Traitement par agoniste
1 En environnement protégé

Spécifier si :
Avec dépendance physique
Sans dépendance physique

F13.1 1305.40] Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Abus d'une substance (voir p. 229). L'Abus de substances de cette classe peut se produire isolément ou en conjonction avec l'utilisation d'autres substances. Par exemple, les sujets peuvent utiliser des closes de sédatifs ou de benzodiazépines responsables d'une intoxication pour « descendre » de la cocaïne ou des amphétamines ou utiliser *de* fortes closes de benzodiazépines en association avec la méthadone pour « booster » les effets de celle-ci. Un Abus de substances de cette classe peut conduire à une utilisation dans des situations dangereuses, telles que « planer » puis conduire. Le sujet peut manquer le travail ou l'école ou négliger ses tâches domestiques du fait de l'intoxication, ou se disputer avec son conjoint ou ses parents à propos des épisodes d'utilisation de la substance. Quand ces problèmes sont accompagnés par des manifestations de tolérance, de sevrage ou d'un comportement compulsif en relation avec l'utilisation de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, un diagnostic de Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques doit être envisagé.

Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

F13.0x 1292.891 Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Se référer aussi au texte et aux critères pour l'Intoxication à une substance (voir p. 231). La caractéristique essentielle de l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est la présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : 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'utilisation d'une substance sédative, hypnotique ou anxiolytique (Critères A et B). Comme avec d'autres dépresseurs centraux, ces comportements peuvent être accompagnés par un discours bredouillant, une démarche ébrieuse, un nystagmus, des problèmes d'attention ou de mémoire, une incoordination d'un niveau qui peut interférer avec l'aptitude à conduire ou à mener les activités habituelles jusqu'à provoquer des accidents, une stupeur ou un coma (Critère C). L'altération de la mémoire est une caractéristique au premier plan de l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques caractérisée, 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 dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère D). L'intoxication peut survenir chez des sujets qui reçoivent ces substances sur prescription, empruntent le traitement d'amis ou de parents, ou prennent délibérément la substance pour arriver à une intoxication.

Critères diagnostiques de F13.0x 1292.89] L'intoxication aux sédatifs, hypnotiques, ou anxiolytiques

A. Utilisation récente d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique.

B. 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 sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique.

C. Au moins un des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

(1) discours bredouillant
(2) incoordination motrice

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F13.0x [292.891 L'intoxication aux sédatifs, hypnotiques, ou anxiolytiques *(suite)*

(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 affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

F13.3x 1292.01 Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Se référer aussi au texte et aux critères pour un Sevrage à une substance (voir p. 232). La caractéristique essentielle d'un Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est la présence d'un syndrome caractéristique qui se développe après une réduction importante ou l'arrêt de la prise après plusieurs semaines au moins d'utilisation régulière (Critères A et B). Ce syndrome de sevrage est caractérisé par au moins deux des symptômes suivants (similaires à ceux du Sevrage alcoolique) : hyperactivité neurovégétative (p. ex., élévations de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la pression artérielle, ou de la température corporelle, avec transpiration), tremblement des mains, insomnie, anxiété, nausées parfois accompagnées de vomissements et agitation psychomotrice. Une crise convulsive de type grand mal peut survenir mais dans un contexte habituel de delirium. Dans les Sevrages sévères, des hallucinations ou des illusions visuelles, tactiles ou auditives peuvent survenir. 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 (voir ci-dessous). Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (Critères C). Les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Sevrage alcoolique 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 aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Le syndrome de sevrage est caractérisé par des signes et des symptômes qui sont généralement l'opposé des effets aigus susceptibles d'être observés chez quelqu'un qui utilise ces produits pour la première fois. L'évolution dans le temps du syndrome de sevrage est déterminée, généralement, par la demi-vie de la substance. Les médications dont les effets durent typiquement 10 heures ou moins (p. ex., lorazépam, oxazépam, et 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 second jour et qui s'améliorent nettement au quatrième ou cinquième 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 deuxième semaine, et diminuer notablement pendant la troisième ou la quatrième 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. Comme avec l'alcool, les symptômes traînants de sevrage (p. ex., anxiété, changements d'humeur, et difficultés *de* sommeil) peuvent être confondus avec un Trouble anxieux ou un Trouble de l'humeur sans rapport avec une substance (p. ex., Anxiété généralisée).

Plus le produit a été pris longtemps et plus fortes ont été les doses utilisées, 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'approximativement 40 mg par jour de diazépam (ou son équivalent) sont plus susceptibles de conduire à des symptômes de sevrage cliniquement significatifs, et des doses encore plus élevées (par exemple 100 mg de diazépam) sont plus susceptibles d'être suivies de convulsions de sevrage ou de delirium. Le Delirium par sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (voir p. 168) 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 de Delirium par Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques plutôt qu'un diagnostic de Sevrage.

Spécification

La spécification suivante peut s'appliquer au diagnostic du Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques :

Avec perturbations des perceptions. Cette spécification peut être notée quand des hallucinations avec une appréciation intacte de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles se produisent en l'absence d'un delirium. Une *appréciation intacte de la réalité,* signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand les hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

Critères diagnostiques du F 13.3x 1292.01 Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques qui a été massive et prolongée.

B. Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après le Critère A :

(1) hyperactivité neurovégétative (p. ex., transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100)
(2) augmentation du tremblement des mains

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F13.3x 1292.01 Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** *(suite)*

(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 symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si :
Avec perturbations des perceptions

Autres Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Les Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques suivants sont décrits dans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique : **Delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 166), **Delirium du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 168), **Démence persistante induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 195), **Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 204), **Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 392), **Trouble de l'humeur induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 466), **Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 553), **Dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 649), **Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. 757). Ces troubles ne sont diagnostiqués à la place de l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou du Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques que si les symptômes sont excessifs par rapport à ceux qui sont en général associés avec un syndrome d'Intoxication ou de Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Informations supplémentaires sur les Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. La Dépendance et l'Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent souvent être associés à une Dépendance ou un Abus d'autres substances (p. ex., alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, méthadone, amphétamines). Les sédatifs sont souvent utilisés pour soulager les effets indésirables de ces autres substances. Une Intoxication aiguë peut entraîner des blessures accidentelles du fait de chutes et d'accidents automobiles. Chez le sujet âgé, même une utilisation de courte durée, aux doses prescrites, de ces médications sédatives peut être associée à un risque accru de problèmes 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. Une Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, intense et répétée, peut être associée à des dépressions sévères, qui, bien que temporaires, peuvent être suffisamment graves pour conduire à des tentatives de suicide et à des suicides réussis. Des surdosages accidentels ou délibérés comme ceux observés dans l'Abus ou la Dépendance alcoolique ou l'Intoxication alcoolique répétée, peuvent se produire. 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 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). En cas d'utilisation répétée, pour rechercher une euphorie, une tolérance aux effets sédatifs se développe en même temps qu'une utilisation de doses progressivement plus élevées. Toutefois, la tolérance aux effets dépresseurs sur le tronc cérébral se développe beaucoup plus lentement, et si la personne augmente la dose de substance pour arriver à l'euphorie, il peut y avoir une survenue brutale de dépression respiratoire et d'hypotension, pouvant entraîner la mort. Un comportement antisocial et une Personnalité antisociale sont associés à la Dépendance et à l'Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, en particulier quand ces substances sont obtenues illégalement.

Examens complémentaires. Presque toutes ces substances peuvent être identifiées par des tests de laboratoire dans les urines ou le sang (et les quantités de ces agents présentes dans le corps peuvent être dosées). Les tests urinaires peuvent rester positifs jusqu'à une semaine après l'utilisation de substances à longue durée d'action (p. ex., flurazépam)

Examen physique et affections médicales générales associées. L'examen physique peut mettre en évidence une diminution modérée de la plupart des fonctions du système neurovégétatif, y compris un pouls plus lent, une fréquence respiratoire légèrement diminuée, et une légère chute de la pression artérielle (plus susceptible de se produire lors des changements posturaux). 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, par exemple hémorragies internes ou hématome sous- clorai. L'utilisation intraveineuse de ces substances peut entraîner des complications médicales liées à l'utilisation d'aiguilles contaminées (p. ex., hépatite ou infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il existe des variations notables 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 liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. L'Intoxication délibérée pour obtenir une « défonce » s'observe plus volontiers chez l'adolescent et le sujet âgé de 20 à 30 ans. Le Sevrage, la Dépendance et l'Abus peuvent aussi être rencontrés chez des sujets de 40 ans et plus qui vont au-delà des doses de médications prescrites. Tant les effets toxiques aigus que chroniques de ces substances, et spécialement les effets sur la cognition, la mémoire et la coordination motrice, sont susceptibles d'augmenter avec l'âge, conséquence des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l'âge. Une Intoxication et des altérations physiologiques sont plus susceptibles de se développer à des doses faibles chez les sujets atteints de démence. Les femmes pourraient avoir un risque plus élevé d'abus des substances (sur prescription) de cette classe.

Prévalence

Aux États-Unis, jusqu'à 90 % des sujets hospitalisés en médecine ou en chirurgie reçoivent une prescription de médications sédatives, hypnotiques ou anxiolytiques pendant leur séjour à l'hôpital et plus de 15 % des adultes américains utilisent chaque année ces médications (en général sur prescription). La plupart de ces sujets prennent leur médication comme indiqué, sans qu'on mette en évidence une utilisation inappropriée. Parmi les médications de cette classe, les benzodiazépines sont les plus largement utilisées, et environ 10 % des adultes ont pris une benzodiazépine pendant au moins un mois au cours de la dernière année. Aux États-Unis et ailleurs dans le monde, ces médicaments sont habituellement prescrits dans le cadre des soins de santé primaire ; leur utilisation sur prescription est plus importante chez la femme et augmente avec l'âge.

Selon une enquête nationale menée en 1996 sur l'utilisation des drogues, environ 6 % des sujets ont reconnu avoir déjà utilisé des sédatifs ou des « tranquillisants » de façon illicite, 0,3 % au cours des 12 derniers mois et 0,1 % au cours du dernier mois. Le pic de prévalence sur la vie entière se situait entre l'âge de 26 et 34 ans (3 % pour les sédatifs et 6 % pour les « tranquillisants »), alors que chez les sujets ayant pris ces substances au cours des douze derniers mois, il se situait dans la classe d'âge 18-25 ans.

Comme pour la plupart ces enquêtes mesurent des modes d'utilisation plutôt que des troubles, on ne sait pas combien des sujets étudiés avant utilisé des substances de cette classe avaient les symptômes remplissant les critères de Dépendance ou d'Abus. Une enquête nationale menée aux États-Unis en 1992 a rapporté une prévalence sur la vie entière d'Abus ou de Dépendance inférieure à 1 % et une prévalence sur 12 mois inférieure à 0,1 %.

Évolution

L'évolution la plus habituelle concerne des adolescents ou de jeunes adultes (20-30 ans) qui augmentent leur utilisation occasionnelle de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques à des fins récréatives jusqu'au moment où leurs problèmes en viennent a pouvoir correspondre aux diagnostics de Dépendance ou d'Abus. Ce profil serait particulièrement fréquent chez les sujets qui ont d'autres Troubles liés a l'utilisation d'une substance (p. ex., alcool, opiacés, cocaïne, amphétamine). Un mode initial d'utilisation intermittente lors de soirées peut conduire à une utilisation quotidienne et à un haut niveau de tolérance. Une fois cela réalisé, on peut s'attendre à ce que le niveau des difficultés interpersonnelles, professionnelles et judiciaires augmente, avec des épisodes de plus en plus sévères d'altérations de la mémoire et (le sevrage physiologique.

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 problèmes somatiques. La grande majorité de ceux à qui on a prescrit des médications de cette classe ne développent pas de problèmes, mais une faible proportion le fait. Chez ces sujets, lorsqu'une tolérance ou un besoin de doses plus élevées se développe, il y a augmentation progressive (le la dose et de la fréquence d'autoadministration. La personne peut continuer à justifier son utilisation en avançant des symptômes initiaux (l'anxiété ou d'insomnie, mais le comportement de recherche de la substance devient plus marquant et la personne peut contacter de nombreux médecins pour obtenir un approvisionnement suffisant en médication. La tolérance peut atteindre (les niveaux élevés, et un Sevrage (y compris des convulsions et un Delirium du sevrage) peut survenir. D'autres sujets à risque accru se trouvent parmi ceux avant une Dépendance alcoolique, qui peuvent recevoir des prescriptions répétées en réponse à leurs plaintes (l'anxiété ou d'insomnie liées à l'alcool.

Diagnostic différentiel

Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance, voir p. 239. Les Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent présenter (les symptômes (p. ex., anxiété) qui ressemblent aux troubles mentaux primaires (p. ex., Anxiété généralisée pour le Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, avec début pendant le sevrage). Voir p. 242 pour une discussion de ce diagnostic différentiel.

L'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ressemble beaucoup à l'Intoxication alcoolique, sauf pour ce qui est de l'odeur d'alcool de l'haleine. Chez les personnes âgées, le tableau clinique de l'intoxication peut ressembler à une démence progressive. De plus, le discours bredouillant, l'incoordination motrice, et d'autres caractéristiques liées à l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques pourraient résulter d'une affection médicale générale (p. ex., sclérose en plaques) ou d'un traumatisme crânien préalable (hématome sous-dural).

Le Sevrage alcoolique produit un syndrome très similaire à celui du Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. L'anxiété, l'insomnie, et l'hyperactivité du système neurovégétatif, consécutives à l'intoxication par d'autres drogues (p. ex : des stimulants comme les amphétamines ou la cocaïne), survenant comme conséquences de troubles physiologiques (p. ex., hyperthyroïdie), ou associées à des Troubles anxieux primaires (p. ex., Trouble panique ou Anxiété généralisée)

peuvent ressembler à certains aspects du Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

L'Intoxication ou le Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques se distingue des autres **Troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques** (p. ex., Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, avec début pendant le sevrage) par le fait que les symptômes dans ces troubles vont au-delà de ceux qui sont habituellement associés à une Intoxication ou un Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et sont suffisamment sévères pour justifier, par eux-mêmes, un examen clinique.

Il faut noter qu'il y a des sujets qui prennent des médications benzodiazépiniques selon les directives du médecin et dans des indications médicales légitimes pendant des périodes de temps prolongées. Même s'ils sont dépendants, physiologiquement, de la médication, beaucoup de ces sujets ne développent pas de symptômes correspondant aux critères d'une Dépendance parce qu'ils ne sont pas préoccupés par l'obtention de la substance et que son utilisation n'interfère pas avec le fait de jouer leurs rôles sociaux et professionnels.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères du DSM-IV et de la CIM-10 pour l'Intoxication aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques sont approximativement les mêmes mis à part le fait que la CIM-10 comprend en outre « lésions érythémateuses de la peau ou ampoules ». Les critères du DSM-IV et de la CIM-10 pour le Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques diffèrent quelque peu : la liste de la CIM-10 comprend : hypotension orthostatique, céphalées, malaise ou état de faiblesse et mode de pensée persécutoire et ne comprend pas l'item anxiété du DSM-IV.

F13.9 [292.9] Trouble lié aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, non spécifié

La catégorie du Trouble lié aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, non spécifié s'utilise pour les troubles associés à l'utilisation des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques qui ne peuvent pas être classés comme Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Delirium induit par un sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Démence persistante induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Trouble de l'humeur induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, Dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Trouble lié à plusieurs substances

F19.2x [304.801 Dépendance à plusieurs substances

Ce diagnostic est réservé au comportement d'une personne qui pendant une période continue de 12 mois a utilisé de manière répétitive au moins trois groupes de substances (en ne comptant ni la caféine ni la nicotine), sans que prédomine l'une des substances. De plus, pendant cette période, les critères de Dépendance sont remplis pour les substances considérées en général niais pour aucune substance en particulier. Par exemple, un diagnostic de Dépendance à plusieurs substances pourrait s'appliquer au sujet qui, pendant une même période de 12 mois, a eu des arrêts de travail en raison d'une prise importante d'alcool, a continué à prendre de la cocaïne bien qu'il ait éprouvé des manifestations dépressives graves après plusieurs nuits de consommation importante, et, à plusieurs reprises, n'a pas pu rester dans les limites (le prise de codéine qu'il s'était imposées. Dans cet exemple, bien que les difficultés associées à l'une ou l'autre de ces substances n'aient pas été suffisantes pour justifier un diagnostic de Dépendance, l'utilisation globale de ces substances a altéré de façon significative son fonctionnement et justifie ainsi un diagnostic de Dépendance à ces substances considérées dans leur ensemble. Un tel mode d'utilisation peut s'observer par exemple dans un environnement où l'utilisation de substances est prévalent de façon élevée mais où les drogues choisies changent fréquemment. Dans les situations où l'on voit des problèmes associés avec plusieurs drogues et où les critères de plusieurs troubles spécifiques liés à une substance sont remplis (p. ex., Dépendance à la cocaïne, Dépendance à l'alcool et Dépendance au cannabis), chaque diagnostic doit être porté.

Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)

La catégorie des Troubles liés à une substance autre (ou inconnue) sert à classer les Troubles liés à une substance non associée aux substances citées ci-dessus. Ces substances, qui sont décrites plus en détail ci-dessous, incluent, par exemple, les stéroïdes anabolisants, les nitrites inhalés (« poppers »), le protoxyde d'azote, des médications sur prescription ou en vente libre non couvertes par ailleurs par les 11 catégories (p. ex., cortisone, antihistaminiques, benztropine) et d'autres substances qui ont des effets psychoactifs. De plus, cette catégorie peut être utilisée quand la substance spécifique n'est pas connue (p. ex., intoxication après la prise d'un tube de comprimés, sans étiquette).

Les **stéroïdes anabolisants** produisent parfois, initialement, une sensation de bien- être accru (ou même d'euphorie), qui est remplacée, après une utilisation répétée, par une absence d'énergie, une irritabilité, et d'autres formes de dysphorie. La poursuite de l'utilisation de ces substances peut conduire à des symptômes plus sévères (p. ex., une symptomatologie dépressive) et des affections médicales générales (maladie hépatique).

Les **nitrites inhalés** (« poppers » — nitrites d'amyle, de butyle, et d'isobutyle) produisent une intoxication caractérisée par un sentiment de plénitude clans la tête, d'euphorie légère, un changement dans la perception du temps, une relaxation des muscles lisses, et peut-être un accroissement des sensations sexuelles. En plus d'une possible utilisation compulsive, ces substances comporteraient un danger d'altération des fonctions immunitaires, d'irritation du système respiratoire, de diminution de la capacité de transport en oxygène du sang et de réaction toxique qui peut inclure vomissements, maux rie tête sévères, hypotension et étourdissements.

Le **protoxyde d'azote** (« gaz hilarant ») provoque l'apparition rapide d'une intoxication caractérisée par une sensation de tête vicie et une impression de flottement, qui cède en quelques minutes à l'arrêt de l'administration. On a signalé des confusions transitoires mais cliniquement significatives et des états paranoïdes réversibles en cas d'utilisation régulière du protoxyde d'azote.

Les autres substances capables de produire rie légères intoxications incluent le **catnip,** qui peut produire des états similaires à ceux observés avec la marijuana, et pour lequel on a signalé, à fortes closes, des perceptions de type LSD. la **noix de betel** qui, dans de nombreuses cultures, est mâchée pour produire une euphorie légère et une sensation de flottement, et le **kava** (une substance provenant d'un poivrier du Pacifique suri) qui produit une sériation, une incoordination motrice, une perte de poids, des formes légères d'hépatite et des anomalies pulmonaires. De plus, des sujets peuvent développer une dépendance et des perturbations par autoadministration répétée de **médicaments prescrits** ou **en vente libre,** comme la **cortisone,** les **agents antiparkinsoniens** avec des effets anticholinergiques, et des **antihistaminiques.** Une discussion sur la manière de conter les troubles liés à des médications figure p. 236.

Des textes et des ensembles de critères ont déjà été donnés pour définir les aspects généraux de la Dépendance à une substance (p. 222), de l'Abus à une substance (p. 229), de l'Intoxication à une substance (p. 231) et do Sevrage à une substance (p. 232) qui s'appliquent à toutes les classes de substances. Les Troubles induits par une substance autre (ou inconnue) sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (p. ex., le Trouble de l'humeur induit par une substance autre (ou inconnue) est inclus dans la section « Troubles de l'humeur »). La liste des Troubles liés à l'utilisation d'une substance autre (ou inconnue) et des Troubles induits par une substance autre (ou inconnue) est donnée ci-dessous.

Troubles liés à l'utilisation d'une substance autre (ou inconnue)

F19.2x **[304.90] Dépendance à une substance autre (ou inconnue)** (voir p. 222)

F19.1 **[305.90] Abus d'une substance autre (ou inconnue)** (voir p. 229)

Troubles induits par une substance autre (ou inconnue)

F19.0x **[292.89] Intoxication à une substance autre (ou inconnue)** (voir p. 231)

Spécifier si : Avec perturbations ries perceptions

F19.3x **[292.0] Sevrage à une substance autre (ou inconnue)** (voir p. 232)

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions

F19.03 [292.81] Delirium induit par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 166)

F19.73 [292.82] Démence persistante induite par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 195)

F19.6 [292.83] Trouble amnésique persistant induit par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 204)

F19.51 [292.11] Trouble psychotique induit par une substance autre (ou inconnue), avec idées délirantes (voir p. 392)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F19.52 [292.12] Trouble psychotique induit par une substance autre (ou inconnue), avec hallucinations (voir p. 392)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F19.8 [292.84] Trouble de l'humeur induit par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 466)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F19.8 [292.89] Trouble anxieux induit par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 553)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F19.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 649)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication

F19.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par une substance autre (ou inconnue) (voir p. 757)
Spécifier si : avec début pendant l'intoxication/avec début pendant le sevrage

F19.9 **[292.9] Trouble lié à une substance autre (ou inconnue), non spécifié**

Schizophrénie et Autres Troubles psychotiques

Les troubles inclus dans cette section comprennent la Schizophrénie, le Trouble schizophréniforme, le Trouble schizo-affectif, le Trouble délirant, le Trouble psychotique bref, le Trouble psychotique partagé, le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, le Trouble psychotique induit par une substance, et le Trouble psychotique non spécifié. Ces troubles ont été regroupés pour faciliter le diagnostic différentiel des troubles qui comprennent des symptômes psychotiques comme aspects marquants de leur tableau clinique. D'autres troubles pouvant présenter des symptômes psychotiques comme caractéristiques associées sont inclus ailleurs dans le manuel (p. ex., Démence de type Alzheimer et Delirium induit par une substance dans la section « Delirium, Démence et Troubles cognitifs amnésiques et Autres troubles cognitifs » ; Épisode dépressif majeur, avec caractéristiques psychotiques, dans la section « Troubles de l'humeur »). En dépit du fait que ces troubles ont été regroupés dans ce chapitre, on doit noter que les symptômes psychotiques ne sont pas obligatoirement considérés comme des caractéristiques centrales ou fondamentales de ces troubles, et que les troubles inclus dans ce chapitre n'ont pas obligatoirement une étiologie commune. En fait, de nombreuses études suggèrent qu'il y a des associations étiologiques plus étroites entre la Schizophrénie et d'autres troubles ne comportant pas, par définition, de symptômes psychotiques (p. ex., la Personnalité schizotypique).

Historiquement, le terme de *psychotique* a connu de nombreuses définitions différentes, dont aucune n'a été acceptée universellement. La définition la plus étroite de *psychotique* se limite à l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées, les hallucinations survenant en l'absence de reconnaissance de leur caractère pathologique. Une définition légèrement moins restrictive inclurait également des hallucinations prononcées, le sujet se rendant compte qu'il s'agit d'expériences hallucinatoires. Une définition encore plus large inclut également d'autres symptômes positifs de la Schizophrénie (p. ex., discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique). Contrairement à ces définitions fondées sur des symptômes, la définition utilisée clans les classifications précédentes (p. ex., DSM-II et CIM-9) était probablement beaucoup trop inclusive et se focalisait sur la sévérité de l'altération fonctionnelle. Dans ce contexte, un trouble mental était qualifié de « psychotique » s'il en résultait une « altération qui interfère de façon marquée avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie ». Finalement, le terme a aussi été défini conceptuellement comme une « perte des limites du Moi » et une « altération marquée de l'appréhension de la réalité ». Dans ce manuel, le terme *psychotique* se réfère à la présence de certains symptômes. Toutefois, la constellation spécifique de

symptômes auxquels le terme fait reference varie dans une certaine mesure selon les catégories diagnostiques. Dans la Schizophrénie, le Trouble schizophréniforme, le Trouble schizo-affectif et le Trouble psychotique bref, le terne *psychotique* se réfère à des idées délirantes, des hallucinations prononcées, un discours désorganisé, ou un comportement désorganisé ou catatonique. Dans le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale et dans le Trouble psychotique induit par une substance, le terme *psychotique* se réfère à des idées délirantes ou seulement à des hallucinations non accompagnées d'insight. Enfin, dans le Trouble délirant et le 'trouble psychotique partagé, *psychotique* équivaut à délirant.

Les troubles suivants sont inclus dans cette section :

La Schizophrénie est une affection qui dure au moins 6 mois et inclut au moins 1 mois de symptômes de la phase active (c.-à-d. deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Les définitions des sous-types de Schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel) sont également incluses dans cette section.

Le Trouble schizophréniforme *se* caractérise par un tableau symptomatique équivalent à celui de la Schizophrénie à l'exception de la durée (c.-à-d., l'affection dure de 1 à 6 mois) et l'absence d'exigence d'une dégradation du fonctionnement.

Le Trouble schizo-affectif est une affection au cours de laquelle un épisode thymique et les symptômes de la phase active de la Schizophrénie surviennent simultanément et sont précédés ou suivis pendant au moins 2 semaines par des idées délirantes ou des hallucinations sans symptômes thymiques prononcés.

Le Trouble délirant est caractérisé par la présence pendant au moins 1 mois d'idées délirantes non bizarres sans autres symptômes de la phase active de la Schizophrénie.

Le Trouble psychotique bref est une affection psychotique qui dure plus d`1 jour et guérit en moins d`1 mois.

Le Trouble psychotique partagé se caractérise par la présence d'une idée délirante chez un sujet qui est sous l'influence d'une personne qui présente, depuis plus longtemps déjà, une idée délirante de contenu similaire.

Dans le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, les symptômes psychotiques sont jugés être une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

Dans le Trouble psychotique induit par une substance, les symptômes psychotiques sont jugés être la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à un abus, d'un médicament, ou de l'exposition à un toxique.

Le Trouble psychotique non spécifié est inclus afin de classer des tableaux psychotiques qui ne répondent aux critères d'aucun des Troubles psychotiques spécifiques définis dans cette section ou afin de classer une symptomatologie psychotique au sujet de laquelle les informations sont insuffisantes ou contradictoires.

Schizophrénie

Les caractéristiques essentielles de la Schizophrénie sont la présence d'un ensemble de signes et de symptômes caractéristiques (positifs ou négatifs) pendant une partie significative du temps pendant une période mois (ou pendant une période plus courte en cas de réponse favorable au traitement), certains signes du trouble persistant

pendant au moins 6 mois (Critères A et C). Ces signes et symptômes sont associés à un net dysfonctionnement social ou des activités (Critère B). La perturbation ne peut pas être attribuée à un Trouble schizo-affectif ou à un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critères D et E). Chez les sujets pour qui un diagnostic de Trouble autistique (ou un autre Trouble envahissant du développement) avait été fait antérieurement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est justifié que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont présentes pendant au moins un mois (Critère F). Les symptômes caractéristiques de la Schizophrénie impliquent une série de dysfonctionnements cognitifs et émotionnels qui incluent la perception, la pensée déductive, le langage et la communication, le contrôle comportemental, l'affect, la fluence et la productivité de la pensée et du discours, la capacité hédonique, la volonté et le dynamisme, et l'attention. Aucun symptôme isolé n'est pathognomonique de la Schizophrénie ; le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et de symptômes associés à une altération du fonctionnement social ou des activités.

Les symptômes caractéristiques (Critère A) peuvent être conceptualisés comme se répartissant en deux grandes catégories : positifs et négatifs. Les symptômes positifs semblent refléter l'excès ou la distorsion de fonctions normales, alors que les symptômes négatifs semblent refléter la diminution ou la perte de fonctions normales. Les symptômes positifs (Critères Al à A4) incluent des distorsions ou des exagérations de la pensée déductive (idées délirantes), de la perception (hallucinations), du langage et de la communication (discours désorganisé), et du contrôle comportemental (comportement grossièrement désorganisé ou catatonique). Ces symptômes positifs pourraient comprendre deux dimensions distinctes, qui pourraient à leur tour être reliées à des mécanismes neuronaux sous-jacents différents et à des corrélations cliniques différentes : la « dimension psychotique » inclut les idées délirantes et les hallucinations, alors que la « dimension de désorganisation » inclut le discours et le comportement désorganisés. Les symptômes négatifs (Critère A5) incluent des restrictions dans la gamme et l'intensité de l'expression émotionnelle (émoussement affectif), dans la fluence et la productivité de la pensée et du discours (alogie), et dans l'initiation d'un comportement dirigé vers un but (perte de volonté).

Les idées délirantes (Critère Al) sont des croyances erronées qui impliquent généralement une interprétation de perceptions ou d'expériences. Leur contenu peut inclure des thèmes variés (p. ex., de persécution, de référence, somatiques, religieux ou mégalomaniaques). Les idées délirantes de persécution sont les plus répandues : le sujet croit qu'il ou elle est harcelé(e), poursuivi(e), victime d'une mystification, espionné(e) ou tourné(e) en ridicule. Les idées délirantes de référence sont également courantes : le sujet *croit* que *certains gestes, commentaires, passages* d'un livre, journaux, chants lyriques, ou autres signaux de l'environnement s'adressent spécifiquement à lui ou à elle. Il est parfois difficile de faire la distinction entre une idée délirante et une idée affirmée avec force, elle dépend en partie du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires évidentes à propos de sa véracité.

Bien que les idées délirantes bizarres soient considérées comme particulièrement caractéristiques de la Schizophrénie, la « bizarrerie » peut être difficile à estimer, spécialement clans des cultures différentes. Les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles et ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie. Un exemple d'idée délirante bizarre est la

croyance qu'un étranger a enlevé les organes internes du sujet et les a remplacés par ceux de quelqu'un d'autre sans laisser de plaies ou de cicatrices. Un exemple d'idée délirante non bizarre est la croyance fausse qu'il ou elle est sous surveillance policière. Les idées délirantes qui expriment une perte de contrôle sur l'esprit ou le corps (c.-à-d., celles qui font partie de la liste des « symptômes de premier rang » de Schneider) sont généralement considérées comme bizarres ; elles incluent la croyance que les pensées du sujet ont été retirées par une force extérieure quelconque (« vol de la pensée »), que des pensées étrangères ont été placées dans son esprit (« pensées imposées »), ou que son corps ou ses actes sont agis ou manipulés par une force extérieure quelconque (« syndrome d'influence »). Si les idées délirantes sont considérées comme bizarres, ce seul symptôme suffit à satisfaire le Critère A de la Schizophrénie.

Les hallucinations (Critère A2) peuvent concerner toutes les modalités sensorielles (p. ex., auditives, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles), mais les hallucinations auditives sont de loin les plus courantes. Les hallucinations auditives sont éprouvées généralement comme des voix familières ou étrangères, qui sont perçues comme distinctes des propres pensées du sujet. Les hallucinations doivent survenir dans le contexte d'une conscience claire ; celles qui apparaissent pendant l'endormissement (hypnagogiques) ou au réveil (hypnopompiques) sont considérées comme faisant partie de la gamme des expériences normales. Des expériences isolées comme s'entendre appeler par son nom ou des expériences qui n'ont pas la qualité d'une perception externe (p. ex., un bourdonnement dans la tête) ne sont pas non plus considérées comme symptomatiques de la Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique. Des hallucinations peuvent également faire partie d'une expérience religieuse normale dans certains contextes culturels. Certains types d'hallucinations auditives (c.-à-d. deux ou plusieurs voix parlant entre elles ou des voix qui commentent les pensées ou le comportement de la personne) ont été considérées comme particulièrement caractéristiques de la Schizophrénie. Quand ce type d'hallucinations est présent, un seul symptôme est requis pour satisfaire le Critère A.

Certains auteurs ont soutenu l'argument que la pensée désorganisée (« trouble du cours de la pensée », « relâchement des associations ») était la caractéristique individuelle la plus importante de la Schizophrénie. En raison de la difficulté inhérente à l'élaboration d'une définition objective du « trouble du cours de la pensée », et parce qu'en situation clinique les déductions concernant la pensée reposent principalement sur le discours du sujet, le concept de discours désorganisé (Critère A3) a été mis en avant dans la définition de la Schizophrénie adoptée dans ce manuel. Le discours des sujets présentant une Schizophrénie peut être désorganisé de diverses manières. La personne peut « dérailler » en passant d'un thème à l'autre (« coq-à-l'âne » ou « relâchement des associations »), les réponses peuvent être reliées de manière indirecte aux questions ou ne pas y être reliées du tout (« pensée tangentielle »), et, rarement, le discours peut être si sévèrement désorganisé qu'il est pratiquement incompréhensible et ressemble à une aphasie réceptive par sa désorganisation linguistique (« incohérence » ou « salade de mots »). Du fait qu'il est courant et non spécifique de rencontrer un discours légèrement désorganisé, le symptôme doit être suffisamment sévère pour altérer de manière substantielle l'efficacité de la communication. Une pensée ou un discours moins sévèrement désorganisés peuvent se rencontrer au cours des périodes prodromiques et résiduelles de la Schizophrénie (voir Critère C).

Le comportement grossièrement désorganisé (Critère A4) peut se manifester de diverses manières, allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible. Des problèmes peuvent être notés dans toute forme de comportement dirigé vers un but,

conduisant à des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne telles que la préparation des repas ou les soins d'hygiène. La personne peut apparaître nettement débraillée, peut s'habiller de façon spéciale (p. ex., porter plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par une journée chaude) ou se livrer à un comportement sexuel nettement inapproprié (p. ex., masturbation en public) ou manifester une agitation imprévisible et sans raison (p. ex., vociférer ou pousser des jurons). On veillera à ne pas appliquer ce critère de manière trop large. Un comportement grossièrement désorganisé doit être distingué d'un comportement simplement sans but ou *généralement* irréfléchi et d'un comportement organisé qui est motivé par des croyances délirantes. Par exemple, un comportement impatient, rageur ou agité en quelques occasions ne doit pas être considéré comme indicatif d'une Schizophrénie, en particulier si la motivation en est compréhensible.

Le comportement moteur catatonique (Critère A4) inclut une réactivité à l'environnement très diminuée, atteignant parfois un degré extrême où le sujet ne se rend pas du tout compte de ce qui l'environne (stupeur catatonique), le maintien d'une posture rigide et résistant aux efforts de mobilisation (rigidité catatonique), une résistance active aux incitations ou aux tentatives de mobilisation (négativisme catatonique), l'adoption de positions inappropriées et bizarres (position catatonique), ou une activité motrice excessive absurde et non déclenchée par des stimulus externes (agitation catatonique). Bien que la catatonie soit associée historiquement à la Schizophrénie, le clinicien ne doit pas oublier que les symptômes catatoniques ne sont pas spécifiques et peuvent survenir dans d'autres troubles mentaux (voir Troubles de l'humeur avec caractéristiques catatoniques, p. 480), au cours d'affections médicales générales (voir Trouble catatonique dû à une affection médicale générale, p. 213) et dans les troubles du mouvement induits par une médication (voir Parkinsonisme induit par les neuroleptiques, p. 846).

Les symptômes négatifs de la Schizophrénie (Critère A5) comptent pour une grande part dans la morbidité associée au trouble. Trois symptômes négatifs — émoussement affectif, alogie et perte de volonté — sont inclus dans la définition de la Schizophrénie ; les autres symptômes négatifs (p. ex., anhédonie) figurent clans la section « Caractéristiques et Troubles associés » ci-après. L'émoussement affectif est particulièrement courant et se caractérise par le fait que le visage du sujet apparaît immobile et impassible, avec peu de contacts oculaires et une réduction du langage corporel. Bien qu'une personne présentant un émoussement affectif puisse sourire et être chaleureuse occasionnellement, sa gamme d'expressions émotionnelles est nettement diminuée la plupart du temps. Il peut être utile d'observer les interactions de la personne avec ses pairs pour déterminer si l'émoussement affectif est suffisamment persistant pour répondre au critère. L'alogie (pauvreté du discours) se manifeste par des réponses brèves, laconiques, vides. Le sujet présentant une alogie semble avoir une diminution des pensées se reflétant clans une diminution de la fluence et de la productivité du discours. Ceci doit être distingué d'une réticence à parler par un jugement clinique qui peut nécessiter une observation prolongée dans diverses situations. La perte de volonté est caractérisée par une incapacité à initier et à persévérer dans des activités dirigées vers un but. Le sujet peut rester assis pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour la participation aux activités professionnelles ou sociales.

Bien que tout à fait habituels dans la Schizophrénie, les symptômes négatifs sont difficiles à évaluer car ils sont clans un continuum avec la normalité, sont relativement peu spécifiques et peuvent être dus à divers autres facteurs (p. ex., consécutifs à des symptômes positifs, des effets secondaires médicamenteux, une dépression, une sous-stimulation environnementale, ou une démoralisation). Si l'on considère qu'un symp-

tôme négatif peut être attribué clairement à l'un quelconque de ces facteurs, on ne doit pas utiliser ce symptôme pour faire un diagnostic de Schizophrénie. Par exemple, le comportement d'un sujet qui croit de manière délirante qu'il sera en danger s'il quitte sa chambre ou s'il parle à quelqu'un peut passer pour un retrait social, une perte de volonté ou une alogie. Certains médicaments antipsychotiques produisent souvent des effets secondaires extrapyramidaux, par exemple une bradykinésie, qui ressemblent beaucoup à un émoussement affectif. La distinction entre de vrais symptômes négatifs et des effets secondaires médicamenteux dépend souvent du jugement clinique concernant le type de médicament antipsychotique, les effets d'un ajustement de la dose, et les effets des médicaments anticholinergiques. La difficile distinction entre des symptômes négatifs et des symptômes dépressifs peut être clarifiée par les autres symptômes d'accompagnement présents et le fait que les sujets présentant des symptômes dépressifs ressentent typiquement un affect douloureux intense, alors que les sujets présentant une Schizophrénie ont des affects appauvris ou vides. Enfin, une sous-stimulation environnementale chronique ou une démoralisation peut être responsable d'une apathie apprise ou d'une perte de volonté. Quand on cherche à établir la présence de symptômes négatifs pour faire un diagnostic de Schizophrénie, le meilleur indicateur est peut-être leur persistance en dépit des efforts pour résoudre chacune des causes potentielles décrites ci-dessus. Il a été suggéré de qualifier les symptômes négatifs persistants qui ne sont pas attribuables aux causes secondaires décrites ci-dessus de symptômes « déficitaires ».

Le Critère A de la Schizophrénie exige qu'au moins deux de ces cinq items soient présents simultanément pendant une bonne partie du temps durant une période d'au moins un mois. Cependant, si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations impliquent des « voix qui font des commentaires » ou des « voix qui conversent entre elles », alors la présence d'un seul item est exigée. La présence de cette constellation relativement sévère de signes et de symptômes est qualifiée de « phase active ». Dans le cas où les symptômes de la phase active rétrocèdent en moins d'un mois en réponse à un traitement, le Critère A peut quand même être considéré comme rempli si le clinicien estime que les symptômes auraient persisté pendant un mois en l'absence de traitement efficace. Chez les enfants, l'évaluation des symptômes caractéristiques doit inclure une juste considération de la présence d'autres troubles ou difficultés du développement. Par exemple, le discours désorganisé d'un enfant présentant un Trouble de la communication ne sera pas pris en compte pour un diagnostic de Schizophrénie à moins que le degré de désorganisation soit significativement supérieur à ce qu'on aurait pu s'attendre à trouver sur la base du seul Trouble de la communication.

La Schizophrénie implique un dysfonctionnement dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement (p. ex., les relations interpersonnelles, le travail ou les études, ou les soins personnels) (Critère B). Typiquement, le fonctionnement est nettement inférieur au niveau atteint avant le début des symptômes. Si cependant l'affection débute pendant l'enfance ou l'adolescence, il peut y avoir une incapacité à atteindre le niveau auquel on aurait pu s'attendre, plutôt qu'une détérioration du fonctionnement. Il peut être utile de comparer le sujet aux membres de sa fratrie non atteints pour faire cette détermination. Il y a fréquemment une interruption du cursus scolaire et le sujet peut être incapable de terminer sa scolarité. Beaucoup de sujets sont incapables de garder un emploi pendant des périodes prolongées et sont employés à un niveau plus bas que leurs parents (« déclassement »). La majorité des sujets présentant une Schizophrénie (60-70 %) ne se marient pas, et la plupart ont des contacts sociaux relativement limités. Le dysfonctionnement persiste pendant une période de temps substantielle au

cours de l'évolution du trouble et ne semble pas résulter directement de l'une ou l'autre des caractéristiques isolées. Par exemple, si une femme quitte son emploi en raison de l'idée délirante circonscrite que son patron essaie de la tuer, cela n'est pas en soi suffisamment probant pour ce critère, à moins qu'il existe un mode plus envahissant de difficultés (habituellement dans de multiples domaines du fonctionnement).

Certains signes de l'affection doivent persister pendant une période continue d'au moins 6 mois (Critère C). Au cours de cette période de temps, il doit y avoir pendant au moins 1 mois des symptômes (ou pendant moins d'1 mois si les symptômes sont traités avec succès) qui répondent au Critère A de la Schizophrénie (la phase active). Des symptômes prodromiques précèdent souvent la phase active, et des symptômes résiduels peuvent la suivre. Certains symptômes prodromiques et résiduels sont relativement légers ou représentent des formes subliminales des symptômes positifs spécifiés clans le Critère A. Les sujets peuvent exprimer diverses croyances bizarres ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes (p. ex., idées de référence ou pensée magique) ; ils peuvent éprouver des expériences perceptives inhabituelles (p. ex., sentir la présence d'une personne invisible ou d'une force en l'absence d'hallucinations constituées) ; leur discours peut être généralement compréhensible, mais être digressif, vague ou excessivement abstrait ou concret ; et leur comportement peut être particulier mais non grossièrement désorganisé (p. ex., marmonner pour soi-même, collectionner des objets étranges et apparemment sans valeur). S'ajoutant à ces symptômes d'« allure positive », les symptômes négatifs sont particulièrement courants au cours des phases prodromiques et résiduelles et peuvent souvent être tout à fait sévères. Les sujets qui avaient été actifs socialement peuvent se replier sur eux-mêmes ; ils ne s'intéressent plus à des activités auparavant source de plaisir ; ils peuvent devenir moins communicatifs et moins curieux ; et ils peuvent passer le plus clair de leur temps au lit. De tels symptômes négatifs sont souvent pour la famille les premiers signes que « quelque chose ne va pas » ; les membres de la famille peuvent signaler en définitive qu'ils ont eu l'impression que le sujet « s'éloignait peu à peu ».

Sous-types et spécifications de l'évolution

Le diagnostic d'un sous-type donné repose sur le tableau clinique ayant conduit à l'évaluation ou à la prise en charge clinique la plus récente et peut de ce fait varier clans le temps. Un texte et des critères séparés sont disponibles pour chacun des sous-types suivants :

F20.0x [295.30] Type paranoïde (voir p. 362)
F20.1x [295.10] Type désorganisé (voir p. 363)
F20.2x [295.20] Type catatonique (voir p. 364)
F20.3x [295.90] Type indifférencié (voir p. 365)
F20.5x [295.60] Type résiduel (voir p. 366)

Les spécifications suivantes peuvent être employées pour préciser le type caractéristique d'évolution des symptômes de la Schizophrénie au cours du temps. Ces spécifications ne peuvent s'appliquer qu'après un délai d'un an à partir de la survenue des symptômes de la phase active initiale. Au cours de cette période initiale d'un an, aucune spécification de l'évolution ne peut être donnée'.

I. Les chiffres ci-dessous peuvent être utilisés au 5e caractère de la CIM-10 (N.d.T.).

.2 Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes. Cette spécification s'applique quand l'évolution est caractérisée par des épisodes au cours desquels le Critère A de la Schizophrénie est rempli et quand il y a des symptômes résiduels cliniquement significatifs entre les épisodes. **Avec symptômes négatifs prononcés** peut être ajouté si des symptômes négatifs prononcés sont présents au cours de ces périodes résiduelles.

.3 **Épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes.** Cette spécification s'applique quand l'évolution est caractérisée par des épisodes au cours desquels le Critère A de la Schizophrénie est rempli et quand il n'y a pas (le symptômes résiduels cliniquement significatifs entre les épisodes.

.0 Continue. Cette spécification s'applique quand les symptômes caractéristiques du Critère A sont remplis tout au long (ou presque) de l'évolution. **Avec symptômes négatifs prononcés** peut être ajouté si des symptômes négatifs prononcés sont également présents.

.4 Épisode isolé en rémission partielle. Cette spécification s'applique quand il y a eu un seul épisode au cours duquel le Critère A de la Schizophrénie était rempli et quand il persiste des symptômes résiduels cliniquement significatifs. **Avec symptômes négatifs prononcés** peut être ajouté si ces symptômes résiduels incluent des symptômes négatifs prononcés.

.5 Épisode isolé en rémission complète. Cette spécification s'applique quand il y a eu un seul épisode au cours duquel le Critère A de la Schizophrénie était rempli et quand il ne persiste aucun symptôme résiduel cliniquement significatif.

.8 Autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié. Cette spécification est employée si un autre cours évolutif ou si un cours évolutif non spécifié a été présent.

.9 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale.

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique de la Schizophrénie est sélectionné sur la hase du sous-type approprié : F20.0x [295.30] pour le type paranoïde, F20.1x [295.10] pour le type désorganisé, F20.2x [295.20] pour le type catatonique, F20.3x [295.90] pour le type indifférencié, et F20.5x [295.60] pour le type résiduel. Il n'y a pas de codes à cinq chiffres disponibles pour la spécification de l'évolution dans la CIM-9-MC. En revanche, l'évolution peut être codée selon la CIM-10 en cinquième caractère. Quand on enregistre le nom du trouble, on note les spécifications de l'évolution à la suite du sous- type approprié (p. ex., F20.02 [295.30] Schizophrénie, type paranoïde, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes, avec symptômes négatifs prononcés).

Caractéristiques et Troubles associés

Caractéristiques descriptives et Troubles mentaux associés. Le sujet présentant une Schizophrénie peut présenter un affect inapproprié (p. ex., sourire, rire, ou avoir une expression faciale stupide en l'absence de stimulus approprié) qui est une des caractéristiques à la hase de la définition du type désorganisé. L'anhédonie est cou-

rame et se manifeste par une perte d'intérêt ou de plaisir. Une humeur dysphorique peut s'exprimer par de la dépression, de l'anxiété ou de la colère. Il peut y avoir des perturbations du cycle du sommeil (p. ex., dormir pendant la journée et être en activité ou ne pas trouver le repos la nuit). La personne peut témoigner d'un manque d'intérêt pour l'alimentation ou peut refuser de s'alimenter du fait de croyances délirantes. Il existe souvent des anomalies de l'activité psychomotrice (p. ex., faire les cent pas, se balancer ou rester immobile et apathique). Les difficultés de concentration, d'attention et de mémoire sont souvent évidentes.

La majorité des sujets présentant une Schizophrénie n'ont que peu d'insight concernant le fait qu'ils ont une maladie psychotique. D'après certaines données, le manque d'insight constituerait une manifestation de la maladie plutôt qu'une stratégie pour y faire face. Le manque d'insight pourrait être comparé à l'absence de conscience des déficits neurologiques, appelé anosognosie, rencontré dans certaines attaques cérébrales. Ce symptôme prédispose le sujet à une non observance du traitement et on a montré qu'il est prédictif d'une plus grande fréquence de rechutes, d'un nombre plus élevé d'hospitalisations non volontaires, d'un fonctionnement psychosocial plus médiocre, et d'une évolution moins favorable.

Une dépersonnalisation, une déréalisation et des préoccupations somatiques peuvent survenir et atteindre parfois des proportions délirantes. L'anxiété et les phobies sont fréquentes dans la Schizophrénie. Des anomalies motrices sont parfois présentes (p. ex., grimaces, affectation, maniérismes étranges, comportement ritualisé ou stéréotypé). L'espérance de vie des sujets présentant une Schizophrénie est inférieure à celle de la population générale pour diverses raisons. Le suicide est un facteur important, car approximativement 10 % des sujets présentant une Schizophrénie se suicident — et entre 20 et 40 % font au moins une tentative de suicide au cours de l'évolution de la maladie. Alors que le risque de suicide reste élevé tout au long de la vie, les facteurs de risque spécifiques d'un suicide incluent le sexe masculin, l'âge inférieur à 45 ans, des symptômes dépressifs, des sentiments d'être sans espoir, le chômage, et une hospitalisation récente. Le risque de suicide est également élevé au cours des périodes postpsychotiques. Les suicides effectifs sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, mais les deux groupes présentent un risque de suicide plus élevé que la population générale. De nombreuses études ont rapporté une incidence plus élevée de comportements agressifs ou violents dans certains sous-groupes d'individus présentant une Schizophrénie. Les prédicteurs les plus importants d'un comportement violent sont le sexe masculin, le jeune âge, les antécédents de violence, la non-compliance avec la médication antipsychotique, et l'abus excessif de substances. Il convient toutefois de noter que la plupart des individus présentant une Schizophrénie ne sont pas plus dangereux pour autrui que ceux de la population générale.

La comorbidité avec des Troubles liés à l'utilisation de substances (y compris la Dépendance à la nicotine) est élevée. La Dépendance à la nicotine est particulièrement élevée : on estime que 80 à 90 % des individus présentant une Schizophrénie sont des fumeurs réguliers de cigarettes. De plus, ces individus ont tendance à fumer massivement et à choisir des cigarettes ayant un taux élevé de nicotine. La comorbidité avec les Troubles anxieux a également été reconnue de plus en plus dans la Schizophrénie. En particulier, le Trouble obsessionnel-compulsif et le Trouble panique sont plus fréquents chez les individus présentant une Schizophrénie que dans la population générale. Un Trouble schizotypique, un Trouble schizoïde, ou une Personnalité paranoïaque peuvent parfois précéder l'installation de la Schizophrénie. Quant à savoir si

ces Troubles de la personnalité ne sont que de simples prodromes de la Schizophrénie ou s'ils constituent un trouble indépendant préalable, la question n'est pas éclaircie.

Un risque accru de Schizophrénie a été trouvé en association avec certains facteurs prénataux et de l'enfance (p. ex., une exposition prénatale à la grippe, une exposition prénatale à la famine, des complications obstétricales, des infections du système nerveux central survenues tôt dans l'enfance).

Examens complémentaires. Aucun examen complémentaire qui permettrait le diagnostic de la Schizophrénie n'a été identifié. Cependant, on a observé que divers examens complémentaires étaient anormaux clans des groupes de sujets présentant une Schizophrénie par rapport à des groupes de sujets contrôles. Dans la littérature relative à l'imagerie cérébrale structurelle, les données les plus largement étudiées et les plus régulièrement répliquées concernent l'élargissement des ventricules latéraux. De nombreuses études ont également montré une réduction de la substance cérébrale, ce dont témoignent un élargissement des sillons corticaux et une réduction des volumes de la substance grise et de la substance blanche. En revanche, on ne sait pas encore si la réduction apparente de la substance cérébrale est localisée ou si elle correspond à un processus plutôt diffus. Dans les études consacrées à des régions spécifiques, les résultats les plus constants concernent une réduction du volume du lobe temporal, alors que le lobe frontal est moins souvent incriminé. On dispose actuellement de données permettant de conclure à la présence d'anomalies focales au niveau du lobe temporal : les plus constantes concernent une réduction du volume de certaines structures temporales médianes (hippocampe, amygdale, et cortex entorhinal), ainsi que de la circonvolution temporale supérieure et du planum temporale. On a également trouvé une réduction de volume du thalamus chez les individus présentant une Schizophrénie et chez leurs parents du premier *degré* non touchés par la maladie, mais il n'existe que peu d'études à ce sujet. Une autre donnée, retrouvée de façon constante, concerne une augmentation du volume des ganglions de la hase, mais il apparaît *de* plus en plus que cette augmentation pourrait être en rapport avec le traitement par les médicaments neuroleptiques typiques. On a également trouvé, avec une fréquence plus élevée, un élargissement du cavum du septum pellucide chez les individus présentant une Schizophrénie. Ces données pourraient avoir des implications physiopathologiques importantes, car elles évoquent la présence d'une anomalie précoce (c.-à-d. prénatale) du développement de la région médiane du cerveau, au moins clans un sous-groupe d'individus présentant une Schizophrénie.

Quant aux techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, les résultats les plus constamment retrouvés concernent la présence d'une hypofrontalité (c.-à-d. une diminution relative du flux sanguin cérébral, du métabolisme cérébral, ou d'un autre témoin de l'activité neuronale). 11 apparaît toutefois de plus en plus comme peu probable que les anomalies fonctionnelles pourraient être limitées à une seule région cérébrale, quelle qu'elle soit, et la plupart des études récentes évoquent des anomalies plus étendues impliquant les circuits cortico-sous-corticaux.

Des déficits neuropsychologiques sont trouvés régulièrement clans des groupes d'individus présentant une Schizophrénie. Les déficits concernent des facultés cognitives très variées, comprenant la mémoire, les capacités psychomotrices, et l'attention, ainsi que des difficultés à changer de modalité de réponse. On trouve ces déficits chez des individus présentant une Schizophrénie chronique ; par ailleurs, il existe de plus en plus de données concernant la présence de nombre de ces déficits chez des individus dès leur premier épisode psychotique et avant tout traitement par des

médicaments antipsychotiques, chez des individus en rémission clinique, ainsi que chez les parents du premier degré non touchés par la maladie. Pour ces raisons, On pense que certains déficits neuropsychologiques pourraient traduire des caractéristiques fondamentales de la maladie, et qu'ils pourraient révéler des facteurs de vulnérabilité pour la Schizophrénie. Ces déficits sont cliniquement importants car ils sont en rapport avec le degré de difficulté éprouvé par les individus dans l'exercice des activités clé la vie courante et avec leur capacité à acquérir des compétences sociales au cours de la réadaptation psychosociale. De ce fait, la sévérité des déficits neuropsychologiques est un prédicteur relativement important de l'évolution sociale et professionnelle.

Diverses anomalies neurophysiologiques ont été trouvées clans des groupes d'individus présentant une Schizophrénie. Parmi les plus fréquentes on peut citer certains déficits dans la perception et le traitement des stimuli sensoriels (p. ex., une altération de la sélection des entrées sensorielles), des anomalies des mouvements de poursuite oculaire lente et des saccades oculaires, un allongement du temps de réaction, des perturbations de la latéralité cérébrale, et des anomalies des potentiels évoqués à l'électroencéphalogramme.

Certains examens complémentaires anormaux peuvent aussi être considérés soit comme des complications de la Schizophrénie, soit comme des complications du traitement de celle-ci. Certains individus présentant une Schizophrénie boivent des quantités excessives de liquides (« intoxication à l'eau ») et développent des anomalies de la densité urinaire ou des déséquilibres électrolytiques. Une élévation de la créatine phosphokinase (CPK) peut résulter d'un Syndrome malin des neuroleptiques (voir p. 846).

Examen physique et affections médicales associées. Les individus présentant une Schizophrénie sont parfois maladroits physiquement et peuvent présenter de discrets signes neurologiques, tels qu'une confusion droite-gauche, une mauvaise coordination des mouvements, ou une inversion ries mouvements. Certaines anomalies physiques mineures (p. ex., élévation de la voûte palatine, rétrécissement ou élargissement de l'espace inter-oculaire ou malformations discrètes des oreilles) pourraient être plus courantes chez les individus présentant une Schizophrénie. Les anomalies motrices sont peut-être les éléments physiques associés les plus courants. La plupart sont probablement reliés aux effets secondaires des traitements par les médicaments antipsychotiques. Les anomalies motrices secondaires au traitement neuroleptique comprennent les Dyskinésies tardives induites par les neuroleptiques (voir p. 847), le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques (voir p. 846), l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques (voir p. 846), la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques (voir p. 846) *et le* Syndrome malin des neuroleptiques (voir p. 846). Des anomalies motrices spontanées semblables à celles qui peuvent être induites par les neuroleptiques (p. ex., reniflements, claquements de langue, grognements) ont été décrites à l'ère préneuroleptique et sont encore observées actuellement, bien qu'elles puissent être difficiles à distinguer des effets des neuroleptiques. D'autres éléments physiques peuvent être reliés à des troubles fréquemment associés. Par exemple, c'est parce que la Dépendance à la nicotine est courante clans la Schizophrénie que ces sujets développent plus volontiers des pathologies reliées à la cigarette (p. ex., emphysème et autres problèmes pulmonaires et cardiaques).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les cliniciens évaluant les symptômes de la Schizophrénie dans des situations socio-économiques ou culturelles différentes des leurs doivent tenir compte des différences culturelles. Des idées qui peuvent sembler délirantes dans une culture (p. ex., la sorcellerie et la magie) peuvent être couramment soutenues dans une autre culture. Dans certaines cultures, des hallucinations visuelles ou auditives à contenu religieux peuvent faire partie d'une expérience religieuse normale (p. ex., voir la Vierge Marie ou entendre la voix de Dieu). De plus, l'évaluation d'un discours désorganisé peut être rendue difficile par une variation linguistique des styles narratifs selon les cultures, qui retentissent sur la forme logique de l'expression verbale. L'évaluation de l'affect exige la sensibilité à des différences dans les styles d'expression émotionnelle, de contact oculaire, et de langage corporel, qui varient d'une culture à l'autre. Si l'évaluation est menée dans une langue différente de la langue maternelle du sujet, on prendra soin de s'assurer qu'une alogie n'est pas reliée à des barrières linguistiques. Comme on peut s'attendre à ce que la signification culturelle d'une activité initiée par le sujet et dirigée vers un but varie en fonction de cadres divers, les perturbations de la volonté doivent être également évaluées avec prudence.

On a des raisons de penser que les cliniciens ont tendance à surdiagnostiquer la Schizophrénie dans certains groupes ethniques. Des études effectuées en Grande-Bretagne et aux États-Unis suggèrent que l'on fait plus souvent un diagnostic de Schizophrénie chez les Américains d'origine africaine ou asiatique que chez des individus provenant d'autres groupes raciaux. On ne sait pas toutefois si ces résultats traduisent des différences réelles entre les groupes raciaux ou s'ils doivent être attribués à un biais ou à un manque de sensibilité aux éléments culturels de la part des cliniciens. Des différences culturelles ont été observées dans la présentation, l'évolution, et le devenir de la Schizophrénie. On a rapporté que le comportement catatonique était relativement peu courant parmi les individus présentant une Schizophrénie aux États-Unis mais plus fréquent dans les pays non occidentaux. Les individus présentant une Schizophrénie dans les nations en voie *de* développement ont tendance à avoir une évolution plus aiguë et un meilleur pronostic que les sujets des nations industrialisées.

La Schizophrénie débute typiquement entre la fin de la deuxième décennie de la vie et la moitié de la quatrième, l'installation avant l'adolescence étant rare (bien que des cas de début à l'âge de 5 ou 6 ans aient été rapportés). Les caractéristiques essentielles de l'affection sont identiques chez les enfants, mais il peut être particulièrement difficile de faire le diagnostic dans ce groupe d'âge. Chez les enfants, les idées délirantes et les hallucinations peuvent être moins élaborées que celles qu'on observe chez l'adulte, et les hallucinations visuelles seraient plus courantes. Un discours désorganisé est observé dans de nombreux troubles débutant dans l'enfance (p. ex., les Troubles de la communication, les Troubles envahissants du développement), de même qu'un comportement désorganisé (p. ex., le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le Trouble des mouvements avec stéréotypies). Ces symptômes ne devraient pas être attribués à la Schizophrénie avant d'avoir dûment pris en considération ces troubles plus courants de l'enfance. La Schizophrénie peut aussi débuter plus tardivement (p. ex., après 45 ans). Les cas de début tardif ont tendance à être semblables à la Schizophrénie de début précoce, mais on a pu observer un certain nombre de différences entre les deux groupes. Par rapport aux cas à début précoce, ceux à début tardif se caractérisent, par exemple, par une proportion plus importante de femmes et une plus grande fréquence du mariage, mais ils sont néanmoins plus isolés et plus perturbés sur le plan

social que les individus de la population générale. Certains facteurs cliniques, p. ex. l'état post-ménopausique, les sous-types d'antigènes leucocytaires humains, et les affections cérébrovasculaires constituent des facteurs de risque potentiels. La présentation clinique comporte plus volontiers des idées délirantes paranoïdes et des hallucinations, et moins volontiers des symptômes désorganisés ou négatifs. L'évolution est souvent caractérisée par une prépondérance de symptômes positifs et une conservation de l'affect et du fonctionnement social. L'évolution est habituellement chronique, bien que les sujets répondent souvent tout à fait bien à de plus faibles doses de médications antipsychotiques. Parmi ceux chez qui on rencontre l'âge de début le plus tardif (p. ex., au delà de 60 ans), les déficits sensoriels (p. ex., hypoacousie) sont apparemment plus courants que dans la population générale adulte. Leur rôle spécifique dans la pathogenèse demeure inconnu. On dispose également de données selon lesquelles le tableau clinique serait accompagné d'une altération cognitive. On ne sait pas toutefois si une pathologie cérébrale identifiable définit les cas de début tardif.

Les données de nombreuses études ont montré que la Schizophrénie s'exprime de façon différente chez les hommes et chez les femmes. L'âge modal de début se situe entre 18 et 25 ans chez les hommes, et entre 25 ans et environ 35 ans chez les femmes. La distribution de l'âge de début est bimodale chez les femmes, avec un deuxième pic survenant plus tard dans la vie, alors qu'elle est unimodale chez les hommes. Chez environ 3 à 10 % des femmes, l'âge de début se situe après 40 ans, alors qu'un début tardif est beaucoup moins fréquent chez les hommes. Les femmes ont également un meilleur fonctionnement prémorbide que les hommes. Les femmes ont tendance à présenter plus de symptômes affectifs, plus d'idées délirantes de persécution et d'hallucinations, alors que les hommes ont tendance à exprimer plus de symptômes négatifs (émoussement affect, perte de volonté, retrait social). Quant à l'évolution de la Schizophrénie, le pronostic est meilleur chez les femmes que chez les hommes, ce dont témoignent le nombre des réhospitalisations et la durée des hospitalisations, la durée totale de la maladie, les délais avant les rechutes, la réponse au traitement neuroleptique, et le fonctionnement social et professionnel. Cet avantage lié au sexe semble toutefois diminuer légèrement avec l'âge (c.-à-d. l'évolution à court et à moyen terme est meilleure chez les femmes, mais l'évolution à long terme, surtout au cours de la période succédant à la ménopause, devient semblable à celle observée chez les hommes). Une incidence légèrement supérieure de Schizophrénie a été trouvée chez les hommes. Par ailleurs, un certain nombre d'études ont montré des différences par rapport au sexe dans la transmission génétique de la Schizophrénie. La fréquence des cas *de* Schizophrénie parmi les membres de la famille est plus élevée chez les femmes présentant une Schizophrénie que parmi les membres de la famille des hommes présentant une Schizophrénie. En revanche, l'incidence de traits de personnalité schizotypique et schizoïde est plus élevée chez les membres de la famille des hommes présentant une Schizophrénie que dans celle des femmes.

Prévalence

Des cas de Schizophrénie ont été décrits partout dans le monde. Des prévalences entre 0,5 et 1,5 % sont souvent rapportées chez les adultes. Les estimations de l'incidence par an sont se situent le plus souvent entre 0,5 et 5 pour 10 000. Des incidences en dehors des marges précédentes ont été rapportées dans certaines populations — par

exemple, une incidence nettement plus élevée a été signalée clans la population de seconde génération des Africains des Caraïbes vivant en Grande-Bretagne.

Selon des études *de* cohortes suivies depuis la naissance, il *y* aurait des variations géographiques et historiques clans l'incidence de la Schizophrénie. Par exemple, un risque élevé a été rapporté chez les individus nés dans un milieu urbain, en comparaison avec ceux nés dans un milieu rural. De même, on a rapporté une incidence progressivement décroissante de la Schizophrénie dans les cohortes nées plus récemment.

Évolution

L'âge moyen de début du premier épisode psychotique de Schizophrénie se situe entre le début et la moitié de la 3e décennie chez l'homme et vers la fin de la 3e décennie chez la femme. Le début peut être brusque ou insidieux, mais la majorité des sujets présentent une certaine forme de phase prodromique se manifestant par le développement lent et graduel de signes et de symptômes variés (p. ex., retrait social, perte (l'intérêt pour l'école ou le travail, détérioration de l'hygiène et de la présentation, comportements inhabituels, accès de colère). Les membres de la famille peuvent éprouver des difficultés à interpréter ce comportement et déclarent que la personne « traverse une *crise* ». En définitive, cependant, la survenue d'un symptôme de phase active indique que la perturbation est bien une Schizophrénie. L'âge de début peut avoir une signification à la fois physiopathologique et pronostique. Les sujets dont l'âge de début est précoce sont plus souvent des hommes et ont un niveau d'adaptation prémorbide inférieur, un niveau éducatif plus bas, plus de preuves d'anomalies structurelles cérébrales, des signes et symptômes négatifs plus prononcés, plus d'altérations cognitives mises en évidence par des tests neuropsychologiques, et un pronostic plus péjoratif. Inversement, les sujets dont l'âge de début est plus tardif sont plus souvent des femmes, ont moins d'anomalies structurelles cérébrales ou d'altérations cognitives, et présentent un meilleur pronostic.

La plupart des études de l'évolution et du devenir de la Schizophrénie suggèrent que l'évolution peut être variable, certains sujets présentant des exacerbations et des rémissions, alors que d'autres restent malades de façon chronique. Du fait de la variabilité clans la définition et le recrutement, une description schématique de l'évolution au long cours de la Schizophrénie n'est pas réalisable. Une rémission complète (c.-à-d. un retour complet à un fonctionnement prémorbide) n'est probablement pas courante dans ce trouble. Parmi les patients qui restent malades, certains semblent avoir une évolution relativement stable, alors que d'autres présentent une aggravation progressive associée à une incapacité sévère. Tôt clans la maladie, les symptômes négatifs peuvent être prononcés, apparaissant principalement comme des caractéristiques prodromiques. Dans un deuxième temps, surviennent les symptômes positifs. Comme ces symptômes positifs répondent particulièrement bien au traitement, ils s'atténuent typiquement, mais chez de nombreux sujets des symptômes négatifs persistent entre les épisodes de symptômes positifs. On a des raisons de penser que les symptômes négatifs peuvent devenir de plus en plus prononcés chez certains sujets au cours de l'évolution de la maladie. De nombreuses études ont identifié un ensemble de facteurs qui sont associés à un meilleur pronostic. Ils comprennent une bonne adaptation prémorbide, un début aigu, un âge de début tardif, l'absence d'anosognosie (manque d'insight), le sexe féminin, des événements déclenchants, une perturbation de l'humeur associée,

un traitement par des médicaments antipsychotiques peu de temps après le début de la maladie, une compliance médicamenteuse soutenue (c.-à-d. un traitement précoce et soutenu par des médicaments antipsychotiques prédit une meilleure réponse par rapport à un traitement plus tardif), une durée brève des symptômes de la phase active, un bon fonctionnement entre les épisodes, des symptômes résiduels minimes, l'absence d'anomalies cérébrales structurelles, une fonction neurologique normale, des antécédents familiaux de Trouble de l'humeur, et l'absence d'antécédents familiaux de Schizophrénie.

Aspects familiaux

Les parents biologiques du premier degré de sujets présentant une Schizophrénie ont un risque de développer une Schizophrénie environ 10 fois plus élevé que pour la population générale. Les taux de concordance pour la Schizophrénie sont plus élevés chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes. Les études d'adoption ont démontré que les parents biologiques de sujets présentant une Schizophrénie ont un risque significativement accru de développer une Schizophrénie, alors que les parents adoptifs ne présentent pas d'accroissement du risque. S'il est vrai qu'il existe beaucoup d'éléments probants établissant l'importance des facteurs génétiques dans l'étiologie de la Schizophrénie, l'existence d'un pourcentage de discordance élevé chez les jumeaux monozygotes souligne également l'importance des facteurs environnementaux. Certains parents d'individus présentant une Schizophrénie pourraient également avoir un risque accru pour un groupe de troubles mentaux appelé *spectre* de la schizophrénie. Bien que les limites exactes de ce spectre restent à préciser, ce groupe inclut probablement le Trouble schizo-affectif et la Personnalité schizotypique, ce dont témoignent certaines études familiales et certaines études d'adoption. D'autres troubles psychotiques, ainsi que les Personnalités paranoïaques, schizoïdes et évitantes, pourraient également appartenir à ce spectre, mais il n'y a que peu de données à ce sujet.

Diagnostic différentiel

Des affections médicales générales très diverses peuvent comporter des symptômes psychotiques. Le **Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, un Delirium,** ou **une démence** est diagnostiqué quand on peut mettre en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que les idées délirantes ou les hallucinations sont la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (p. ex., syndrome de Cushing, tumeur cérébrale) (voir p. 387). Le **Trouble psychotique induit par une substance,** le **Delirium induit par une substance,** et la **Démence persistante induite par une substance** se différencient de la Schizophrénie par le fait que la substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à un toxique) est jugée être liée physiologiquement aux idées délirantes ou aux hallucinations (voir p. 392). Plusieurs types différents de **Troubles liés à une substance** peuvent produire des symptômes semblables à ceux de la Schizophrénie (p. ex., l'utilisation prolongée d'amphétamines ou de cocaïne peut produire des idées délirantes ou des hallucinations ; l'utilisation de phencyclidine peut produire un mélange de symptômes positifs et négatifs). Sur la base de diverses caractéristiques propres à l'évolution de la Schizophrénie et ries Troubles liés à une substance, le clinicien doit déterminer si les symptômes psychotiques ont

été initiés et entretenus par l'utilisation de la substance. Idéalement, le clinicien devrait s'efforcer d'observer l'individu pendant une période prolongée (p. ex., 4 semaines) d'abstinence. Cependant, comme de telles périodes prolongées d'abstinence sont souvent difficiles à obtenir, il peut être nécessaire pour le clinicien de tenir compte d'autres arguments, comme l'exacerbation apparente des symptômes psychotiques par la substance et leur diminution après l'interruption de la prise, la sévérité relative des symptômes psychotiques par rapport à la quantité et la durée d'utilisation de la substance, et la notion de symptômes caractéristiques provoqués par une substance particulière (p. ex., les amphétamines provoquent typiquement des idées délirantes et des stéréotypies, mais pas d'émoussement affectif ni de symptômes négatifs prononcés).

La distinction entre une Schizophrénie et un **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques** et un **Trouble schizo-affectif** est rendue difficile par le fait qu'une perturbation de l'humeur est fréquente pendant les phases prodromique, active et résiduelle de la Schizophrénie. Si les symptômes psychotiques apparaissent exclusivement pendant les périodes de perturbation de l'humeur, on porte un diagnostic de Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Dans le Trouble schizo-affectif, il doit y avoir un épisode thymique contemporain des symptômes de la phase active de la Schizophrénie, les symptômes thymiques doivent être présents pendant une partie conséquente de la durée totale de la perturbation, et des idées délirantes ou des hallucinations doivent être présentes pendant au moins 2 semaines en l'absence de symptômes thymiques prononcés. En revanche, les symptômes thymiques dans la Schizophrénie sont de durée brève par rapport à la durée totale de la perturbation, n'apparaissent que pendant les phases prodromiques ou résiduelles, ou ne répondent pas à tous les critères d'un épisode thymique. Quand des symptômes thymiques qui répondent à tous les critères d'un épisode thymique sont surajoutés à une Schizophrénie et ont une signification clinique particulière, un diagnostic additionnel de **Trouble dépressif non spécifié** ou de **Trouble bipolaire non spécifié** peut être porté. Une Schizophrénie de type catatonique peut être difficile à distinguer d'un **Trouble de l'humeur avec caractéristiques catatoniques.**

Par définition, la Schizophrénie diffère du **Trouble schizophréniforme** par la durée. La Schizophrénie implique la présence de symptômes (y compris les symptômes prodromiques ou résiduels) pendant au moins 6 mois, alors que la durée totale des symptômes du Trouble schizophréniforme doit être d'au moins 1 mois mais de moins de 6 mois. Le Trouble schizophréniforme ne doit pas comporter non plus d'altération du fonctionnement. Le **Trouble psychotique bref** est défini par la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'un discours désorganisé, ou d'un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique durant au moins 1 jour mais moins d'un mois.

Le diagnostic différentiel entre une Schizophrénie et un **Trouble délirant** repose sur la nature des idées délirantes (non bizarres dans le Trouble délirant) et sur l'absence d'autres symptômes caractéristiques de la Schizophrénie (p. ex., hallucinations, discours ou comportement désorganisé, ou symptômes négatifs prononcés). Le Trouble délirant peut être particulièrement difficile à distinguer de la Schizophrénie de type paranoïde, car ce sous-type ne comporte pas de discours nettement désorganisé, de comportement nettement désorganisé, ou d'affect émoussé ou inapproprié et est souvent associé à une altération du fonctionnement moindre que celle qui caractérise les autres sous-types de Schizophrénie. Quand un mauvais fonctionnement psychoso-

cial est présent dans un Trouble délirant, il découle directement des croyances délirantes elles-mêmes.

Un diagnostic de **Trouble psychotique non spécifié** peut être posé si on ne dispose pas de suffisamment d'informations pour trancher entre la Schizophrénie et d'autres Troubles psychotiques (p. ex., Trouble schizo-affectif) ou pour déterminer si les symptômes présentés sont induits par une substance ou s'ils résultent d'une affection médicale générale. La probabilité d'une telle incertitude est particulièrement élevée au début de l'évolution du trouble.

Bien que la Schizophrénie et les **Troubles envahissants du développement** (p. ex., le Trouble autistique) partagent l'existence de perturbations du langage, de l'affect, et des relations interpersonnelles, ils peuvent être différenciés de plusieurs manières. Les Troubles envahissants du développement sont typiquement reconnus au cours de l'enfance ou de la petite enfance (habituellement avant l'âge (le 3 ans) alors qu'un début aussi précoce est rare dans la Schizophrénie. En outre, il n'y a pas d'idées délirantes ni d'hallucinations prononcées clans les Troubles envahissants du développement ; les anomalies de l'affect sont plus marquées ; et le discours est absent ou réduit au minimum et se caractérise par l'existence de stéréotypies et d'anomalies de la prosodie. Une Schizophrénie peut occasionnellement se développer chez des sujets présentant un Trouble envahissant du développement ; un diagnostic de Schizophrénie chez des sujets présentant un diagnostic préexistant de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement n'est justifié que si des hallucinations ou des idées délirantes prononcées ont été présentes pendant au moins un mois. Une Schizophrénie débutant dans l'enfance doit être distinguée de **tableaux cliniques combinant un discours désorganisé** (dû à un **Trouble de la communication)** et un comportement désorganisé (dû à un **Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité).** La Schizophrénie partage des caractéristiques de la **Personnalité schizotypique,** de la **Personnalité schizoïde,** ou de la **Personnalité paranoïaque** (p. ex., idéation persécutoire, pensée magique, évitement social, et discours vague et digressif) et elle peut être précédée par l'un de ces troubles. Un diagnostic additionnel (le Schizophrénie est approprié quand les symptômes sont suffisamment sévères pour répondre au Critère A de la Schizophrénie. Le Trouble de la personnalité préexistant peut être noté sur l'Axe **II,** suivi de « prémorbide » entre parenthèses [P. ex., Personnalité schizotypique (prémorbide)]

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

Les critères de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont semblables sur de nombreux points importants, mais ils ne sont pas identiques. Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 offrent deux possibilités de répondre aux critères de la Schizophrénie : soit l'existence d'un symptôme de premier rang de Kurt Schneider ou d'une idée délirante bizarre, soit l'existence d'au moins deux autres symptômes caractéristiques (hallucinations accompagnées d'idées délirantes, trouble du cours de la pensée, symptômes catatoniques, et symptômes négatifs). Dans la CIM-10, la définition de la Schizophrénie ne requiert qu'une durée de 1 mois, et de ce fait elle englobe deux catégories diagnostiques du DSM-IV : la Schizophrénie et le Trouble schizophréniforme (N.d.T. : D'après les critères de la CIM-10, certains Troubles schizophréniformes seront

en fait classés parmi les Troubles psychotiques aigus et transitoires). Par ailleurs, la définition de la CIM-10 ne requiert pas une altération du fonctionnement.

Critères diagnostiques de la Schizophrénie

A. *Symptômes caractéristiques* : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

(1) idées délirantes
(2) hallucinations
(3) discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
(4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
(5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté

N.-B. : Un seul symptôme (lu Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. *Dysfonctionnement social/ des activités* : Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. *Durée :* Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (c.-à-d., symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. *Exclusion d'un Trouble sc -affectiff et d'un Trouble de l'humeur :* Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de la Schizophrénie** *(suite)*

E. Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. Relation avec un Trouble envahissant du développement : En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de l'évolution longitudinale (ne peut s'appliquer que si au moins une année s'est *écoulée* depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active) :

Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes (les épisodes sont définis par la réemergence de symptômes psychotiques manifestes) ; spécifier également si nécessaire : **avec** symptômes négatifs au premier plan
Épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
Continue (des symptômes psychotiques manifestes sont présents mut au long de la période d'observation) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan**
Épisodique en rémission partielle ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs** au premier plan
Épisode unique en rémission complète
Modalité autre ou non spécifiée

Sous-types de la Schizophrénie

Les sous-types de la Schizophrénie sont définis par la symptomatologie prédominante au moment de l'évaluation. Bien que les implications pour le pronostic et le traitement soient variables pour chaque sous-type, le type paranoïde et le type désorganisé ont tendance à être respectivement le moins sévère et le plus sévère. Le diagnostic d'un sous-type donné repose sur le tableau clinique ayant conduit à l'évaluation ou à la prise en charge clinique la plus récente et peut de ce fait varier avec le temps. Il n'est pas rare que le tableau clinique comprenne des symptômes caractéristiques de plus d'un sous-type. Le choix parmi les différents sous-types dépend de l'algorithme suivant : le type catatonique est attribué chaque fois que des symptômes catatoniques prononcés sont présents (abstraction faite de la présence d'autres symptômes) ; le type désorganisé est attribué chaque fois qu'un discours et un comportement désorganisé et qu'un affect abrasé ou inapproprié sont au premier plan (à moins qu'un type catatonique soit présent) ; le type paranoïde est attribué chaque fois qu'il existe une préoccupation par

des idées délirantes ou que des hallucinations fréquentes sont au premier plan (à moins qu'un type catatonique ou qu'un type désorganisé soit présent). Le type indifférencié est une catégorie résiduelle décrivant des tableaux cliniques comportant des symptômes de phase active prononcés qui ne répondent pas aux critères du type catatonique, du type désorganisé, ou du type paranoïde ; et le type résiduel correspond à des tableaux cliniques où on peut mettre en évidence que l'affection est toujours présente, mais où les critères des symptômes de la phase active ne sont plus remplis. Une alternative dimensionnelle aux sous-types traditionnels de la Schizophrénie est décrite dans l'Annexe B (voir p. 885). Les dimensions qui sont proposées sont la dimension psychotique, la dimension désorganisée, et la dimension négative.

Étant donné que les sous-types de Schizophrénie n'ont qu'un intérêt limité dans le domaine de la clinique comme dans celui de la recherche (p. ex., prédiction de l'évolution, réponse au traitement, corrélats de la maladie), des alternatives aux sous-types traditionnels font l'objet d'études intensives. L'alternative pour laquelle il existe actuellement le plus de données empiriques propose un regroupement, de plusieurs façons différentes, de trois dimensions psychopathologiques (psychotique, désorganisée et négative), chez les individus présentant une Schizophrénie. Cette alternative dimensionnelle est décrite dans l'Annexe B (p. 885).

F20.0x [295.30] Type paranoïde

La caractéristique essentielle du type paranoïde de la Schizophrénie est la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect. Les symptômes caractéristiques des types désorganisé et catatonique (p. ex., discours désorganisé, affect abrasé ou inapproprié, comportement catatonique ou désorganisé) ne sont pas au premier plan. Les idées délirantes sont typiquement des idées délirantes de persécution ou mégalomaniaques, ou les deux, mais d'autres thèmes délirants peuvent également se rencontrer (p. ex., idées délirantes de jalousie, mystiques, ou somatiques). Les idées délirantes peuvent être multiples, mais s'organisent en général autour d'un thème cohérent. Les hallucinations sont également typiquement reliées au contenu du thème délirant. Parmi les caractéristiques associées, on peut citer l'anxiété, la colère, une attitude distante, et la quérulence. Le sujet peut avoir une attitude hautaine et condescendante et ses relations interpersonnelles soit ont un caractère formel et compassé, soit sont d'une extrême intensité. Les thèmes de persécution peuvent prédisposer le sujet à des gestes suicidaires, et des idées délirantes mégalomaniaques accompagnées de colère peuvent prédisposer l'individu à la violence. Le trouble a tendance à débuter plus tard dans la vie que les autres types de Schizophrénie, et ses caractéristiques distinctives seraient plus stables dans le temps. Ces sujets présentent habituellement peu ou pas d'altérations aux tests neuropsychologiques ou aux autres tests cognitifs. Certaines données suggèrent que le pronostic du type paranoïde peut être considérablement plus favorable que celui des autres types de Schizophrénie, surtout en ce qui concerne le fonctionnement professionnel et la capacité à vivre (le façon indépendante.

Critères diagnostiques du F20.0x [295.30] Type paranoïde

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants :

A. Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.

B. Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.

Coder :
l'évolution de la schizophrénie au cinquième caractère
.02 Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
.03 Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
.00 Continue
.04 Episode isolé en rémission partielle
.05 Episode isolé en rémission complète
.08 Autre cours évolutif au cours évolutif non spécifié
.09 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale

F20.1x [295.101 Type désorganisé

Les caractéristiques essentielles du type désorganisé de la Schizophrénie sont un discours désorganisé, un comportement désorganisé, et un affect abrasé ou inapproprié. Le discours désorganisé peut s'accompagner d'une niaiserie et de rires qui n'ont pas de relation directe avec le contenu du discours. La désorganisation comportementale (c.-à-d., la perte des comportements dirigés vers un but) peut conduire à de sévères perturbations des aptitudes à réaliser les activités de la vie quotidienne (p. ex., prendre une douche, s'habiller, ou préparer un repas). Les critères du type catatonique de la Schizophrénie ne sont pas remplis, et les idées délirantes ou les hallucinations, si elles sont présentes, sont fragmentaires et ne s'organisent pas en un thème cohérent. Les caractéristiques associées incluent des grimaces, des maniérismes, et d'autres bizarreries du comportement. On peut noter une altération des performances à des tests neuropsychologiques et cognitifs variés. Ce sous-type est également associé habituellement à une personnalité prémorbide fragile, une installation précoce et insidieuse, et une évolution continue sans rémission notable. Historiquement, et dans d'autres systèmes de classification, ce type est appelé hébéphrénie.

Critères diagnostiques du F20.1x [295.101 Type désorganisé

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants :

A. Toutes les manifestations suivantes sont au premier plan :

(1) discours désorganisé
(2) comportement désorganisé
(3) affect abrasé ou inapproprié

B. Ne répond pas aux critères du type catatonique.

Coder :
l'évolution de la schizophrénie au cinquième caractère
.12 Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
.13 Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
.10 Continue
.14 Episode isolé en rémission partielle
.15 Episode isolé en rémission complète
.18 Autre cours évolutif au cours évolutif non spécifié
.19 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale

F20.2x [295.20] Type catatonique

La caractéristique essentielle du type catatonique de la Schizophrénie est une perturbation psychomotrice importante, pouvant comporter une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des singularités des mouvements volontaires, une écholalie, ou une échopraxie. L'immobilité motrice peut se manifester par une catalepsie (flexibilité cireuse) ou une stupeur. L'activité motrice excessive est sans but apparent et n'est pas influencée par les stimulus externes. Il peut y avoir un négativisme extrême se manifestant par le maintien d'une position rigide résistant aux tentatives de mobilisation ou une résistance à toutes les instructions. Les singularités du mouvement volontaire se manifestent par l'adoption volontaire de positions inappropriées ou bizarres ou par des grimaces prononcées. L'écholalie est la répétition pathologique, comme un perroquet, et apparemment dénuée de sens, d'un mot ou d'une phrase venant d'être prononcés par une autre personne. L'échopraxie est l'imitation répétitive des mouvements d'une autre personne. Les caractéristiques additionnelles incluent : des stéréotypies, des maniérismes, et une obéissance automatique ou une imitation automatique. Dans la stupeur ou l'excitation catatonique sévère, le sujet doit souvent être surveillé de près pour éviter qu'il ne se fasse du mal ou n'en fasse aux autres. Il y a des risques potentiels de malnutrition, d'épuisement, d'hyperthermie, ou de blessures auto-infligées. Pour faire le diagnostic de ce sous-type, il faut que le tableau clinique présenté remplisse d'abord tous les critères de la Schizophrénie et ne puisse pas être attribué à une autre étiologie : être induit par une substance (p. ex., Parkinsonisme induit par les neuroleptiques, voir p. 846), une affection médicale générale (voir p. 213), ou un Épisode maniaque ou dépressif majeur (voir p. 480).

Critères diagnostiques du F20.2x [295.20] Type catatonique

Un type de Schizophrénie dominé par au moins deux des manifestations suivantes :

(1) immobilité motrice se manifestant par une catalepsie (comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou une stupeur catatonique
(2) activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)
(3) négativisme extrême (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou maintien d'une position rigide s'opposant aux tentatives destinées à la modifier) ou mutisme
(4) particularités des mouvements volontaires se manifestant par des positions catatoniques (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre), des mouvements stéréotypés, des maniérismes manifestes, ou des grimaces manifestes
(5) écholalie ou échopraxie

Coder :
l'évolution de la schizophrénie au cinquième caractère
.22 Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
.23 Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
.20 Continue
.24 Episode isolé en rémission partielle
.25 Episode isolé en rémission complète
.28 Autre cours évolutif au cours évolutif non spécifié
.29 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale

F20.3x [295.90] Type indifférencié

La caractéristique essentielle du type indifférencié de la Schizophrénie est la présence de symptômes qui répondent au Critère A de la Schizophrénie mais qui ne répondent pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.

Critères diagnostiques du F20.3x [295.90] Type indifférencié

Un type de Schizophrénie comprenant des symptômes répondant au Critère A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé, ou catatonique.

Coder :
l'évolution de la schizophrénie au cinquième caractère
.32 Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
.33 Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes

(suite)

□ Critères diagnostiques du F20.3x 1295.901 Type indifférencié *(suite)*

.30 Continue
.34 Episode isolé en rémission partielle
.35 Episode isolé en rémission complète
.38 Autre cours évolutif au cours évolutif non spécifié
.39 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale

F20.5x 1295.601 Type résiduel

Le type résiduel de la Schizophrénie doit être utilisé quand il existe au moins un épisode de Schizophrénie dans les antécédents, alors que le tableau clinique actuel ne comporte pas de symptômes psychotiques positifs manifestes (p. ex., idées délirantes, hallucinations, discours ou comportement désorganisé). On peut mettre en évidence que l'affection est toujours présente d'après l'existence de symptômes négatifs (p. ex., affect abrasé, pauvreté du discours, ou perte de volonté) ou de deux ou plusieurs symptômes positifs atténués (p. ex., comportement excentrique, discours légèrement désorganisé, ou croyances bizarres). S'il existe des idées délirantes ou des hallucinations, celles-ci ne sont pas au premier plan et ne s'accompagnent pas d'une charge affective importante. L'évolution du type résiduel peut être limitée dans le temps et représenter une transition entre un épisode floride et une rémission complète. Cependant, il peut également être présent de façon continue pendant plusieurs années, avec ou sans exacerbations aiguës.

■ Critères diagnostiques du F20.5x [295.60] Type résiduel

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants :

A. Absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours désorganisé, et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

B. Persistance d'éléments de la maladie, comme en témoigne la présence de symptômes négatifs ou de deux ou plusieurs symptômes figurant dans le Critère A de la Schizophrénie, présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

Coder :
l'évolution de la schizophrénie au cinquième caractère
.52 Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
.53 Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
.50 Continue
.54 Episode isolé en rémission partielle
.55 Episode isolé en rémission complète
.58 Autre cours évolutif au cours évolutif non spécifié
.59 Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale

F20.8 [295.40] Trouble schizophréniforme

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble schizophréniforme sont identiques à celles de la Schizophrénie (Critère A) à l'exception de deux différences : la durée totale de la maladie (phases prodromique, active, et résiduelle incluses) est d'au moins 1 mois mais inférieure à 6 mois (Critère B) et une dégradation du fonctionnement social ou des activités à un moment ou à un autre de la maladie n'est pas exigée (bien qu'elle puisse se produire). La durée requise pour le Trouble schizophréniforme est intermédiaire entre celle du Trouble psychotique bref (pour lequel les symptômes persistent pendant au moins 1 jour mais pendant moins d'1 mois) et la Schizophrénie (pour laquelle les symptômes persistent pendant au moins 6 mois). Le diagnostic de Trouble schizophréniforme peut être porté dans deux circonstances différentes. Dans la première, le diagnostic s'applique, sans ajouter de qualificatif, à un épisode de maladie de durée comprise entre 1 et 6 mois, dont la personne est déjà guérie. Dans la deuxième circonstance, le diagnostic s'applique à une personne qui présente des symptômes depuis une période de temps inférieure à la durée de 6 mois requise pour le diagnostic d'une Schizophrénie. Dans ce cas, on doit qualifier le diagnostic de Trouble schizophréniforme de « provisoire » car il n'est pas certain que la personne sera effectivement rétablie dans le délai requis de 6 mois. Si l'affection persiste au delà de 6 mois, on doit modifier le diagnostic pour celui de Schizophrénie.

Spécifications

Les spécifications suivantes du Trouble schizophréniforme peuvent être utilisées pour indiquer la présence ou l'absence de caractéristiques qui peuvent être associées à un meilleur pronostic :

Avec caractéristiques de bon pronostic. Cette spécification est utilisée si au moins deux des caractéristiques suivantes sont présentes : survenue de symptômes psychotiques prononcés dans les 4 semaines succédant à un premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel, confusion ou perplexité à l'acmé de l'épisode psychotique, bon fonctionnement social et professionnel prémorbide, et absence d'émoussement ou d'abrasion de l'affect.

Sans caractéristiques de bon pronostic. Cette spécification est utilisée si deux ou plusieurs des caractéristiques ci-dessus sont absentes.

Caractéristiques et troubles associés

Se reporter également à la discussion de la section « Caractéristiques et troubles associés » de la Schizophrénie, p. 350. Contrairement à la Schizophrénie, une altération du fonctionnement social et des activités n'est pas requise pour porter le diagnostic de Trouble schizophréniforme. Cependant, la plupart des sujets présentent des dysfonctionnements dans divers domaines du fonctionnement quotidien (p. ex., au travail ou à l'école, dans les relations interpersonnelles et clans les soins d'hygiène).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Pour une discussion complémentaire des facteurs liés à la culture, à l'âge et au sexe pertinents pour le diagnostic d'un Trouble schizophréniforme, se reporter à la section « Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe » de la Schizophrénie (voir p. 354). On dispose de données suggérant que le rétablissement d'un Trouble psychotique serait plus rapide dans les pays en voie de développement, d'où il résulterait des taux plus élevés de Troubles schizophréniformes que de Schizophrénies.

Prévalence

D'après les données actuelles, l'incidence varie en fonction du contexte socioculturel. Aux États-Unis et dans d'autres pays développés, l'incidence est faible, peut-être cinq fois plus faible que celle de la Schizophrénie. Dans les pays en voie de développement, l'incidence est nettement plus élevée, en particulier pour le sous-type « Avec caractéristiques de bon pronostic » ; dans certaines régions, le Trouble schizophréniforme pourrait être aussi fréquent que la Schizophrénie.

Évolution

On dispose de peu d'informations sur l'évolution du Trouble schizophréniforme. Approximativement un tiers des sujets chez qui un diagnostic initial de Trouble schizophréniforme (provisoire) a été porté se rétablissent dans le délai de 6 mois et reçoivent un diagnostic final de Trouble schizophréniforme. Des deux autres tiers, la majorité évolueront vers un diagnostic de Schizophrénie ou de Trouble schizo-affectif.

Aspects familiaux

Il n'existe que peu d'études familiales consacrées au Trouble schizophréniforme. D'après les données actuelles, les parents des individus présentant un Trouble schizophréniforme auraient un risque accru de Schizophrénie.

Diagnostic différentiel

Comme les critères diagnostiques de la Schizophrénie et du Trouble schizophréniforme ne diffèrent pour l'essentiel que pour la durée de la maladie, la discussion concernant le diagnostic différentiel de la Schizophrénie (voir p. 357) s'applique aussi au Trouble schizophréniforme. Le Trouble schizophréniforme diffère du **Trouble psychotique bref,** dont la durée est inférieure à 1 mois.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Comme les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 permettent de faire un diagnostic de Schizophrénie chez des sujets présentant des symptômes schizophréniques pendant seulement 1 mois, la plupart des cas de Troubles schizophréniformes du DSM-IV correspondront à un diagnostic CIM-10 de Schizophrénie (N.d.T. : D'après

les critères de la CIM-10, certains Troubles schizophréniformes seront en fait classés parmi les Troubles psychotiques aigus et transitoires).

Critères diagnostiques du F20.8 1295.401 Trouble schizophréniforme

A. Répond aux critères A, D, et E de la Schizophrénie.

B. L'épisode pathologique (englobant les phases prodromique, active et résiduelle) dure au moins 1 mois mais moins de 6 mois. (Quand on doit faire un diagnostic sans attendre la guérison, on doit qualifier celui-ci de « provisoire »).

Spécifier si :

Sans caractéristiques de bon pronostic

Avec caractéristiques de bon pronostic : deux (ou plus) des manifestations suivantes :

(1) survenue de symptômes psychotiques importants dans les 4 semaines succédant au premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel
(2) confusion ou perplexité à l'acmé de l'épisode psychotique
(3) bon fonctionnement social et professionnel prémorbide
(4) absence d'émoussement ou d'abrasion de l'affect

F25.x 1295.701 Trouble schizo-affectif

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble schizo-affectif est l'existence d'une période ininterrompue de maladie au cours de laquelle il existe à un moment donné un Épisode dépressif majeur, un Épisode maniaque ou un Épisode mixte en même temps que (les symptômes remplissant le Critère A de la Schizophrénie (Critère A). De plus, au cours de la même période de maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines en l'absence de symptômes thymiques prononcés (Critère B). Enfin, des symptômes thymiques sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale de la maladie (Critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., la cocaïne) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie ou épilepsie du lobe temporal) (Critère D). Pour pouvoir remplir les critères du Trouble schizo-affectif, les caractéristiques essentielles doivent se manifester au cours d'une même période ininterrompue de maladie. L'expression « période de maladie » employée ici fait référence à une période de temps au cours de laquelle le sujet présente en permanence des symptômes actifs ou résiduels de maladie psychotique. Chez certains, cette période de maladie peut s'étendre sur des années, voire des décennies. Une période de maladie est considérée

comme terminée quand le sujet s'est complètement rétabli pendant un intervalle de temps suffisant et quand il ne présente plus aucun symptôme significatif du trouble.

La phase de la maladie où coexistent des symptômes thymiques et psychotiques se caractérise par le fait que tous les critères sont remplis à la fois pour la phase active de la Schizophrénie (c.-à-d., Critère A) (voir p. 360) et pour un Épisode dépressif majeur (voir p. 411), un Épisode maniaque (voir p. 417), ou un Épisode mixte (voir p. 421). L'épisode dépressif majeur doit durer au moins 2 semaines ; l'épisode maniaque ou mixte doit durer au moins 1 semaine. Comme la durée totale des symptômes psychotiques doit être d'au moins 1 mois pour pouvoir remplir le Critère A de la Schizophrénie, la durée minimale d'un épisode schizo-affectif est également d'1 mois. Une caractéristique essentielle d'un Épisode dépressif majeur est la présence soit d'une humeur dépressive soit d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir. Comme la perte d'intérêt ou de plaisir est très courante au cours des Troubles psychotiques non affectifs, l'épisode dépressif majeur devra comporter une humeur dépressive envahissante pour pouvoir remplir le Critère A du Trouble schizo-affectif (la présence d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ne suffit pas). La phase de la maladie ne comportant que des symptômes psychotiques se caractérise par des idées délirantes ou des hallucinations qui durent au moins 2 semaines. Même si certains symptômes thymiques peuvent être présents au cours de cette phase, ils ne sont pas au premier plan. Cette caractérisation peut être difficile et peut nécessiter une observation longitudinale et l'utilisation de multiples sources d'information.

Les symptômes d'un Trouble schizo-affectif peuvent se manifester selon diverses modalités temporelles. Le mode suivant est typique : un sujet peut présenter des hallucinations auditives et des idées délirantes de persécution prononcées pendant 2 mois avant que ne s'installe un Épisode dépressif majeur prononcé. Ensuite, les symptômes psychotiques et l'Épisode dépressif majeur au complet sont présents pendant 3 mois. Puis, la personne se rétablit complètement de l'Épisode dépressif majeur, mais les symptômes psychotiques persistent pendant encore 1 mois avant de disparaître à leur tour. Au cours de cette période de maladie, les symptômes présentés remplissent simultanément les critères d'un Épisode dépressif majeur et le Critère A de la Schizophrénie et, au cours de cette même période de maladie, des hallucinations auditives et des idées délirantes ont été présentes à la fois avant et après la phase dépressive. La période totale de maladie a duré environ 6 mois, avec des symptômes psychotiques seuls présents pendant les 2 premiers mois, des symptômes à la fois dépressifs et psychotiques présents pendant les 3 mois suivants, et des symptômes psychotiques seuls présents au cours du dernier mois. Dans cet exemple, la durée de l'épisode dépressif n'était pas brève par rapport à la durée totale de la perturbation psychotique, et de ce fait cette observation justifie le diagnostic de Trouble schizo- affectif.

Le Critère C du Trouble schizo-affectif spécifie que les symptômes thymiques remplissant les critères d'un épisode thymique doivent être présents pendant une partie conséquente de la période totale de maladie. Si les symptômes thymiques ne sont présents que pendant une période de temps relativement brève, le diagnostic sera celui d'une Schizophrénie, et non celui d'un Trouble schizo-affectif. En évaluant ce critère, le clinicien devra déterminer la durée relative de la période de temps au cours de laquelle des symptômes thymiques ont accompagné les symptômes psychotiques par rapport à la période continue de maladie psychotique (c.-à-d., incluant à la fois des symptômes actifs et résiduels). La valeur opératoire de ce qu'on entend par « période conséquente de temps'> requiert un jugement clinique. Par exemple, un sujet qui a présenté 4 années de symptômes actifs et résiduels de Schizophrénie développe un

Épisode dépressif majeur surajouté qui s'étend sur 5 semaines, au cours desquelles les symptômes psychotiques persistent. Cette observation ne remplirait pas le critère d'« une partie conséquente de la durée totale » car les symptômes qui remplissent les critères d'un épisode thymique ne se manifestent que pendant 5 semaines sur un total de 4 années de perturbation. Dans cet exemple, le diagnostic demeure celui d'une Schizophrénie avec le diagnostic additionnel d'un Trouble dépressif non spécifié pour indiquer l'existence de l'Épisode dépressif majeur surajouté.

Sous-types

Deux sous-types de Trouble schizo-affectif peuvent être notés, sur la base de la composante thymique du trouble :

F25.0 Type bipolaire. Ce sous-type s'applique aux cas où un Épisode maniaque ou un Épisode mixte fait partie de l'histoire clinique. Des Épisodes dépressifs majeurs peuvent également se présenter.

F25.1 Type dépressif. Ce sous-type s'applique aux cas où seuls des Épisodes dépressifs majeurs font partie de l'histoire clinique.

Caractéristiques et Troubles associés

Le Trouble schizo-affectif peut être associé à une diminution des activités, une restriction de l'éventail des contacts sociaux, des difficultés à assurer les soins personnels, et un risque accru de suicide. Les symptômes résiduels et négatifs sont habituellement moins sévères et moins chroniques que ceux que l'on rencontre dans la Schizophrénie. L'anosognosie (c.-à-d. le manque d'insight) est une autre caractéristique fréquente du Trouble schizo-affectif, mais les déficits d'insight pourraient être moins sévères ou envahissants que dans la Schizophrénie. Les sujets présentant un Trouble schizo-affectif pourraient avoir un risque accru de développer ultérieurement des épisodes de Trouble thymique pur (c.-à-d. un trouble dépressif majeur ou un Trouble bipolaire) ou des épisodes de schizophrénie ou de Trouble Schizophréniforme. Des troubles liés à l'alcool ou à d'autres substances pourraient y être associés. Des données cliniques limitées suggèrent que le Trouble schizo-affectif pourrait être précédé d'une Personnalité schizoïde, schizotypique, borderline ou paranoïaque.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Pour une discussion complémentaire des facteurs liés à la culture, à l'âge et au sexe pertinents pour des symptômes psychotiques, se reporter au texte correspondant pour la schizophrénie (p. 354), et pour une discussion des mêmes facteurs pertinents pour diagnostiquer les Troubles de l'humeur, se reporter aux pages 408 et 409. Le Trouble schizo-affectif, type bipolaire serait plus courant chez les adultes jeunes, alors que le Trouble schizo-affectif, type dépressif serait plus courant chez les adultes plus âgés. L'incidence du Trouble schizo-affectif est plus élevée chez les femmes que chez les hommes cette différence est due essentiellement à une incidence accrue du Type dépressif chez les femmes.

Prévalence

On manque d'informations détaillées, niais le Trouble schizo-affectif semble moins courant que la Schizophrénie.

Évolution

L'âge de début typique du Trouble schizo-affectif est celui de l'adulte jeune, bien que le début puisse intervenir à n'importe quel moment de l'adolescence et jusqu'à un âge avancé. Le pronostic du Trouble schizo-affectif est dans une certaine mesure meilleur que le pronostic de la Schizophrénie, niais considérablement plus mauvais que le pronostic des Troubles thymiques. Un dysfonctionnement socioprofessionnel substantiel n'est pas rare. La présence de d'événements précipitants ou de facteurs de stress est associée à un meilleur pronostic. L'issue du Trouble schizo-affectif, type bipolaire serait meilleur que celle du Trouble schizo-affectif, type dépressif.

Mode familial

On dispose de données conséquentes permettant de dire que le risque de présenter une Schizophrénie est accru chez les parents biologiques du premier degré de sujets présentant un Trouble schizo-affectif. La plupart des études montrent également que les parents de sujets présentant un Trouble schizo-affectif ont un risque accru de présenter des Troubles thymiques.

Diagnostic différentiel

Des affections médicales générales et l'utilisation de substances peuvent se manifester par une combinaison de symptômes psychotiques et thymiques. Le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, un delirium ou une démence est diagnostiqué quand on peut mettre en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique et les examens complémentaires que les symptômes sont la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (voir p. 387). Le Trouble psychotique induit par une substance et le Delirium induit par une substance se différencient du Trouble schizo-affectif par le fait que la substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à un toxique) est jugée être liée étiologiquement aux symptômes (voir p. 392).

Il est souvent difficile de distinguer le Trouble schizo-affectif de la Schizophrénie et du Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Dans le Trouble schizo-affectif, il doit y avoir un épisode thymique qui coexiste avec les symptômes de phase active de la Schizophrénie, les symptômes thymiques doivent être présents pendant une partie conséquente de la durée totale de la perturbation, et des idées délirantes et des hallucinations doivent être présentes pendant au moins 2 semaines en l'absence de symptômes thymiques prononcés. En revanche, les symptômes thymiques rencontrés dans la Schizophrénie sont de durée brève par rapport à la durée totale de la perturbation, surviennent uniquement au cours des phases prodromiques ou résiduelles, ou ne remplissent pas tous les critères d'un épisode thymique. Si les symptômes psychotiques surviennent exclusivement au cours de périodes de perturbation thymique, le diagnostic est celui d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques

psychotiques. Pour le Trouble schizo-affectif, les symptômes ne doivent pas être mis sur le compte d'un épisode thymique s'ils résultent clairement de symptômes de Schizophrénie (p. ex., difficultés de sommeil à cause d'hallucinations auditives perturbatrices, perte de poids du fait que la nourriture est considérée comme empoisonnée, difficultés de concentration à cause d'une désorganisation psychotique). La perte d'intérêt ou de plaisir est courante dans les troubles psychotiques non affectifs ; de ce fait, pour répondre au Critère A du Trouble schizo-affectif, l'épisode dépressif majeur doit comporter une humeur dépressive envahissante.

Du fait que la proportion relative des symptômes thymiques et psychotiques peut changer au cours de l'évolution de l'affection, le diagnostic de Trouble schizo-affectif approprié à un épisode isolé de la maladie peut être modifié pour celui de Schizophrénie (p. ex., un diagnostic de trouble schizo-affectif pour un Épisode dépressif majeur sévère et prononcé, persistant 3 mois au cours des 6 premiers mois d'une maladie psychotique chronique sera modifié pour celui de Schizophrénie si des symptômes psychotiques actifs ou des symptômes résiduels prononcés persistent pendant plusieurs années sans récurrence d'un autre épisode thymique). Le diagnostic peut également changer clans le cas d'épisodes différents de maladie entrecoupés d'une période de rétablissement. Par exemple, un sujet peut présenter un épisode de symptômes psychotiques qui répondront au Critère A de la Schizophrénie au cours d'un Épisode dépressif majeur, se rétablir complètement de cet épisode, puis présenter ultérieurement pendant 6 semaines des idées délirantes et des hallucinations sans symptômes thymiques prononcés. Dans cet exemple, on ne fera pas le diagnostic d'un Trouble schizo-affectif car la période d'idées délirantes et d'hallucinations n'est pas en continuité avec la période initiale de la perturbation. Les diagnostics appropriés seront celui de Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, en rémission complète, pour le premier épisode, et de Trouble schizophréniforme (provisoire) pour l'épisode actuel.

Des perturbations thymiques, en particulier la dépression se développent couramment au cours de l'évolution d'un Trouble délirant. Cependant, de tels tableaux cliniques ne rempliront pas les critères d'un Trouble schizo-affectif car les symptômes psychotiques clans un Trouble délirant se limitent à des idées délirantes non bizarres et de ce fait ne répondent pas au Critère A du Trouble schizo-affectif.

Si on ne dispose pas de suffisamment d'informations concernant la relation entre les symptômes psychotiques et les symptômes thymiques, le diagnostic le plus approprié peut être celui de Trouble psychotique non spécifié.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

La définition du DSM-IV et celle de la CIM-10 du Trouble schizo-affectif diffèrent au sujet de la relation existant entre ce trouble et le Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Dans le DSM-IV, on fait le diagnostic de Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques à chaque fois que les symptômes psychotiques surviennent uniquement au cours d'épisodes thymiques, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques des symptômes psychotiques. En revanche, la définition CIM-10 du Trouble schizo-affectif est beaucoup plus large. Elle inclut des cas comportant certains symptômes psychotiques spécifiques (c.-à-d., écho de la pensée, pensées imposées, vol de la pensée, ou divulgation de la pensée ; idées délirantes de contrôle, d'influence ou de

passivité ; voix commentant en permanence le comportement du sujet ; discours désorganisé ; comportement catatonique), même si *ces* symptômes sont présents uniquement au cours d'épisodes thymiques. De ce fait, de nombreux cas de Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur du DSM-IV seraient considérés comme des Troubles schizo-affectifs d'après les critères de la CIM-10.

Critères diagnostiques du F25.x [295.70] Trouble schizo-affectif

A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un Épisode dépressif majeur, soit d'un Épisode maniaque, soit d'un Épisode mixte, et de symptômes répondant au Critère A de la Schizophrénie.

N.-B. : L'Épisode dépressif majeur doit comprendre le Critère Al humeur dépressive.

B. Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.

C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du sous-type :

.0 Type bipolaire : si la perturbation comprend un Épisode maniaque ou un Épisode mixte (ou un Épisode maniaque ou un Épisode mixte et des Épisodes dépressifs majeurs).

.1 Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des Épisodes dépressifs majeurs.

F22.0 [297.1] Trouble délirant

La caractéristique essentielle d'un Trouble délirant est la présence d'une ou de plusieurs idées délirantes non bizarres qui persistent pendant au moins 1 mois (Critère A). On ne fera pas le diagnostic de Trouble délirant si le sujet a déjà présenté un tableau symptomatique qui répond au Critère A de la Schizophrénie (Critère B). S'il existe des hallucinations auditives ou visuelles, elles ne sont pas au premier plan. Des hallucinations tactiles ou olfactives peuvent être présentes (et au premier plan) si elles sont reliées au thème délirant (p. ex., la sensation d'être infesté par des insectes, associée à

des idées délirantes d'infestation, ou la perception d'une odeur nauséabonde dégagée par un orifice du sujet lui-même, associée à des idées délirantes de référence). Mis à part l'impact direct des idées délirantes, le fonctionnement psychosocial n'est pas altéré de façon marquée, et le comportement n'est ni manifestement singulier ni bizarre (Critère C). Si des épisodes thymiques surviennent en même temps que des idées délirantes, la durée totale de ces épisodes thymiques est relativement brève par rapport à la durée totale des périodes délirantes (Critère D). Les idées délirantes ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., la cocaïne) ou d'une affection médicale générale (p. ex., maladie d'Alzheimer, lupus érythémateux disséminé) (Critère E).

Bien que la détermination du caractère bizarre des idées délirantes soit considérée comme particulièrement importante pour distinguer le Trouble délirant d'une Schizophrénie, la « bizarrerie » peut être difficile à estimer, spécialement dans des cultures différentes. Les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles et ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie (p. ex., un individu qui croit qu'un étranger a enlevé ses organes internes et les a remplacés par ceux de quelqu'un (l'autre, sans laisser de plaies ni de cicatrices). En revanche, les idées délirantes non bizarres impliquent (les situations susceptibles de survenir dans la vie réelle (p. ex., être suivi, empoisonné, contaminé, aimé à distance, ou trompé par son conjoint ou partenaire).

Le fonctionnement psychosocial est variable. Certains individus peuvent paraître relativement préservés au sein de leurs activités et dans leurs relations interpersonnelles et occupationnelles. Chez d'autres, l'altération peut être manifeste et impliquer des activités réduites ou nulles et un isolement social. Quand le fonctionnement psychosocial est mauvais dans le Trouble délirant, cela découle directement des croyances délirantes elles-mêmes. Par exemple, un sujet qui est convaincu qu'il sera assassiné par des « tueurs de la Mafia » peut abandonner son emploi et refuser de sortir de sa maison sauf tard le soir et uniquement s'il revêt des habits très différents de sa tenue habituelle. Dans tout ce comportement, il y a la tentative compréhensible d'éviter d'être identifié et tué par ses assassins présumés. En revanche, un mauvais fonctionnement dans la Schizophrénie peut être dû à la fois à des symptômes positifs et négatifs particulièrement la perte de volonté). De même, les personnes souffrant d'un Trouble délirant se caractérisent fréquemment par l'apparente normalité de leur aspect et de leur comportement, tant que leurs idées délirantes ne sont pas en question ou tant qu'elles n'agissent pas en fonction de celles-ci. En général, le fonctionnement social et conjugal est plus souvent perturbé que le fonctionnement intellectuel et les activités.

Sous-types

Le type de Trouble délirant peut être spécifié sur la base du thème délirant prédominant :

Type érotomaniaque. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction d'être aimé par une autre personne. L'idée délirante se rapporte habituellement à un amour romantique et à une union spirituelle idéalisée plutôt qu'à une attirance de type sexuel. La personne qui est l'objet de cette conviction est habituellement d'un niveau social plus élevé que le sujet (p. ex., un personnage célèbre ou un supérieur hiérarchique), mais il peut s'agir d'un sujet que le patient n'a jamais rencontré. Habituellement, le patient s'efforce d'entrer en contact avec l'objet de son délire

(par l'intermédiaire d'appels téléphoniques, de lettres, de cadeaux, de visites, voire en l'épiant et en le traquant), bien qu'il puisse, dans certains cas, cacher son délire. La majorité des cas rencontrés en clinique concernent des femmes, la majorité des cas médico-légaux sont des hommes. Certaines personnes souffrant de ce trouble, surtout des hommes, entrent en conflit avec la loi, soit du fait de leurs efforts pour poursuivre l'objet de leur délire, soit en raison de tentatives malencontreuses pour « sauver » ce dernier d'un danger imaginaire.

Type mégalomaniaque. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction de posséder (de façon méconnue), soit un don supérieur, soit une grande capacité de clairvoyance ou d'avoir fait une importante découverte. Moins couramment, le délire a pour thème l'existence d'une relation exceptionnelle avec une personne très en vue (p. ex., un conseiller du président), ou l'identification à un personnage éminent (auquel cas, ce personnage, s'il est en vie, est considéré comme un imposteur). Ces idées délirantes mégalomaniaques peuvent avoir un contenu religieux (p. ex., le sujet pense qu'une divinité lui a confié une mission exceptionnelle).

À type de jalousie. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction que son conjoint ou sa partenaire est infidèle. Le sujet en vient à cette conclusion sans raison valable et il se fonde sur des déductions erronées appuyées sur des éléments mineurs servant de « preuves » (p. ex., des vêtements en désordre ou des taches sur les draps) qui sont rassemblés ou utilisés pour justifier l'idée délirante. Le sujet qui délire entre habituellement en conflit avec son conjoint ou partenaire et entreprend des actions à propos de l'infidélité qu'il imagine (p. ex., en restreignant l'autonomie du conjoint, en le prenant en filature, en l'agressant physiquement).

À type de persécution. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central comporte la conviction qu'on complote contre le sujet, qu'il est trompé, espionné, poursuivi, empoisonné ou drogué, diffamé avec méchanceté, harcelé ou entravé dans la poursuite de ses buts à long terme. Des problèmes mineurs peuvent être exagérés et former le noyau d'un système délirant. Souvent, le délire est centré sur une injustice à laquelle il doit être porté remède grâce à la loi (« paranoïa quérulente ») et la personne atteinte entreprend souvent des démarches répétées pour obtenir réparation en se pourvoyant en appel auprès des tribunaux ou en faisant des réclamations auprès d'autres services publics. Les personnes présentant des idées délirantes de persécution éprouvent souvent du ressentiment et de la colère et peuvent recourir à la violence contre ceux qu'ils croient coupables de malfaisance à leur égard.

Type somatique. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central implique des fonctions ou des sensations corporelles. Les idées délirantes somatiques se présentent sous plusieurs aspects. Elles concernent le plus souvent l'une ou l'autre des convictions délirantes suivantes : la peau, la bouche, le rectum ou le vagin du patient dégagent une odeur nauséabonde ; il est infesté par des insectes qui sont sur ou sous la peau ; il a un parasite à l'intérieur de son corps ; certaines parties de son corps sont (contre toute apparence) laides ou difformes ; certaines parties de son corps (p. ex., le côlon) ne fonctionnent pas.

Type mixte. Ce sous-type s'applique quand aucun thème délirant ne prédomine.

Type non spécifié. Ce sous-type s'applique quand la conviction délirante prédominante ne peut pas être clairement déterminée ou quand elle n'est pas décrite dans l'un

ou l'autre des types spécifiques (p. ex., idées délirantes de référence, sans composante persécutoire ou mégalomaniaque prononcée).

Caractéristiques et troubles associés

Des problèmes sociaux, conjugaux ou professionnels peuvent résulter des convictions délirantes du Trouble délirant. Des idées de référence (c.-à-d. l'attribution d'une signification particulière à des événements fortuits) sont courantes chez les sujets atteints de ce trouble. L'interprétation qu'ils font de ces événements concorde généralement avec le contenu de leurs convictions délirantes. Des colères marquées et des comportements violents peuvent se produire, tout particulièrement dans les formes à type de persécution et à type de jalousie. Le sujet peut adopter un comportement procédurier, le conduisant parfois à adresser des centaines de lettres de réclamation aux responsables des services publics, aux autorités judiciaires, et à comparaître à de nombreuses reprises devant les tribunaux. Des problèmes légaux peuvent survenir clans le Trouble délirant à type de jalousie et érotomaniaque. Les sujets atteints d'un Trouble délirant, de type somatique, peuvent être soumis à des tests et investigations médicales inutiles. La surdité, des stress psychosociaux sévères (p. ex., l'immigration) et un statut socio-économique bas peuvent prédisposer au développement de certains types de Trouble délirant (p. ex., à type de persécution). Des épisodes dépressifs majeurs surviennent probablement plus fréquemment chez les sujets atteints d'un Trouble délirant que dans la population générale. Typiquement, la dépression est relativement légère et débute après l'installation de convictions délirantes prononcées. Le Trouble délirant peut être associé au Trouble obsessionnel- compulsif, à la Peur d'une dysmorphie corporelle et aux Personnalités paranoïaque, schizoïde ou évitante.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

On doit tenir compte du contexte culturel et religieux du sujet quand on évalue la possibilité de l'existence d'un Trouble délirant. Des croyances largement répandues et cautionnées par une culture donnée peuvent être considérées comme délirantes clans d'autres cultures. Le contenu des idées délirantes est également variable dans des cultures et subcultures différentes. Le Trouble délirant à type de jalousie est probablement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes mais il semble qu'il n'y ait pas de différence majeure selon les sexes pour le fréquence globale du Trouble délirant.

Prévalence

Le Trouble délirant est relativement peu fréquent clans les échantillons cliniques, la plupart des études suggérant que le trouble rend compte de 1 à 2 % des admissions dans les unités psychiatriques hospitalières. On manque d'informations précises sur la prévalence de ce trouble clans la population, mais la meilleure estimation est d'environ 0,03 %. Du fait de son âge de début habituellement tardif, le risque morbide pour la vie entière pourrait être situé entre 0,05 % et 0,1 %.

Évolution

L'âge de début du Trouble délirant est variable, depuis l'adolescence jusqu'à un âge tardif de la vie. Le type persécution est le sous-type le plus courant. L'évolution est très variable. Le trouble peut être chronique, tout particulièrement dans le type persécution, bien que la préoccupation par les idées délirantes connaisse souvent des hauts et des bas. Dans d'autres cas, des périodes de rémission complète peuvent être suivies de rechutes ultérieures. Dans d'autres cas encore, le trouble s'amende en quelques mois, souvent sans rechute ultérieure. Certaines données suggèrent que le Trouble délirant à type de jalousie pourrait avoir un meilleur pronostic que celui à type de persécution. Quand le type persécutif est associé à un événement précipitant ou à un facteur de stress, son pronostic pourrait être meilleur.

Aspects familiaux

D'après certaines études, le Trouble délirant est plus fréquent chez les parents de sujets présentant une schizophrénie que ne le voudrait le hasard, alors que d'après d'autres études, il n'y a pas de corrélation familiale entre le Trouble délirant et la Schizophrénie. Des données en nombre limité suggèrent que les personnalités évitantes et paranoïaques seraient particulièrement fréquentes parmi les parents biologiques du premier degré des personnes présentant un Trouble délirant.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de Trouble délirant n'est porté que si les idées délirantes ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Un **delirium,** une **démence,** et un **Trouble psychotique dû à une affection médicale générale** peuvent comporter des symptômes faisant évoquer un Trouble délirant. Par exemple, des idées délirantes de persécution peu élaborées (p. ex., « quelqu'un pénètre dans ma chambre la nuit et me vole mes vêtements ») présentes dans la phase précoce d'une démence de type Alzheimer seraient diagnostiquées comme Démence de type Alzheimer, avec idées délirantes. Un **Trouble psychotique induit par une substance,** en particulier quand il est dû à des stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne, peut avoir une symptomatologie identique, à un moment donné, à celle du Trouble délirant, mais peut généralement en être distingué par la relation temporelle qui existe entre l'utilisation de la substance et l'installation et la rémission des croyances délirantes.

Le Trouble délirant peut être distingué de la **Schizophrénie** et du **Trouble schizophréniforme** par l'absence des autres symptômes caractéristiques de la phase active de la Schizophrénie (p. ex., hallucinations auditives ou visuelles prononcées, idées délirantes bizarres, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Par rapport à la Schizophrénie, le Trouble délirant provoque une altération moindre du fonctionnement social et clans les différents domaines d'activité.

Le diagnostic différentiel avec les **Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques** peut être difficile, étant donné que les caractéristiques psychotiques associées aux Troubles de l'humeur concernent le plus souvent des idées délirantes non bizarres sans hallucinations prononcées et que le Trouble délirant comporte souvent

des symptômes thymiques associés. La distinction repose sur la relation chronologique entre la perturbation de l'humeur et les idées délirantes et sur la sévérité des symptômes thymiques. Si les idées délirantes surviennent exclusivement au cours des épisodes thymiques, le diagnostic sera celui de Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Même si des symptômes dépressifs sont courants dans un Trouble délirant, ils sont généralement légers, s'amendent, alors que les symptômes délirants persistent et ne justifient pas un diagnostic indépendant de Trouble de l'humeur. Des symptômes thymiques qui remplissent tous les critères d'un épisode thymique peuvent à l'occasion se surajouter à la perturbation délirante. Le diagnostic de Trouble délirant ne peut être posé que si la durée totale de tous les épisodes thymiques demeure brève par rapport à la durée totale de la perturbation délirante. Si des symptômes remplissant les critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la perturbation délirante (c.-à-d., l'équivalent pour le Trouble délirant du Trouble schizo-affectif, alors, il est approprié de porter un diagnostic de **Trouble psychotique non spécifié** accompagné, soit d'un **Trouble dépressif non spécifié,** soit d'un **Trouble bipolaire non spécifié.**

Les sujets atteints d'un **Trouble psychotique partagé** peuvent présenter des symptômes semblables à ceux que l'on rencontre dans le Trouble délirant, mais l'affection a une étiologie et une évolution caractéristiques. Dans le Trouble psychotique partagé, les idées délirantes se développent dans le cadre d'une relation proche avec une autre personne, ont une forme identique aux idées délirantes de cette personne, et régressent ou disparaissent quand le sujet atteint d'un Trouble psychotique partagé est séparé de la personne atteinte du Trouble psychotique primaire. Le **Trouble psychotique bref** se différencie du Trouble délirant par le fait que les symptômes délirants durent moins dl mois. Un diagnostic *de* **Trouble psychotique non spécifié** peut être porté si on ne dispose pas d'informations suffisantes pour trancher entre le Trouble délirant et d'autres Troubles psychotiques ou pour déterminer si les symptômes présemés sont induits par une substance ou résultent d'une affection médicale générale.

Il peut être difficile de faire le diagnostic différentiel entre l'**Hypocondrie** (en particulier avec peu d'insight) et le Trouble délirant. Dans l'hypocondrie, la peur d'être atteint d'une maladie grave ou la préoccupation par le fait d'avoir une telle maladie grave est exprimée avec une intensité qui n'atteint pas un degré délirant (c.-à-d., le sujet peut admettre la possibilité que la maladie redoutée ne soit pas présente). La **Peur d'une dysmorphie corporelle** implique la présence d'une préoccupation par une imperfection physique imaginaire. De nombreux sujets atteints de ce trouble expriment leurs croyances avec une intensité qui n'atteint pas un degré délirant et reconnaissent qu'ils ont une vision faussée de leur aspect physique. Cependant, une proportion significative des sujets dont les symptômes remplissent les critères d'une Peur d'une dysmorphie corporelle expriment leur conviction avec une intensité délirante. Quand les critères des deux troubles sont remplis, on peut porter les deux diagnostics de Peur d'une dysmorphie corporelle et de Trouble délirant, de type somatique. Il peut être parfois difficile de délimiter un **Trouble obsessionnel-compulsif** (particulièrement avec peu d'insight) et un Trouble délirant. La faculté qu'ont des sujets atteints d'un Trouble obsessionnel-compulsif de reconnaître le caractère excessif de leurs obsessions et compulsions se répartit selon un continuum. Chez certains sujets qui ont perdu l'appréhension de la réalité, les obsessions peuvent atteindre des proportions délirantes (p. ex., la conviction d'avoir provoqué la mort d'une autre personne par le simple fait de l'avoir désiré). Si les obsessions se transforment en convictions délirantes inébran-

lables qui occupent la plus grande part du tableau clinique, il peut être approprié de porter un diagnostic additionnel de Trouble délirant.

Contrairement au Trouble délirant, il n'y a pas de convictions délirantes nettes ou persistantes dans la **Personnalité paranoïaque.** Quand un individu présentant un Trouble délirant a un Trouble de la personnalité préexistant, le Trouble de la personnalité doit être coté sur l'Axe II, suivi du terme « prémorbide » entre parenthèses.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

D'après les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10, les symptômes doivent persister pendant au moins 3 mois (alors que la durée minimum n'est que d'un mois dans le DSM-IV, le DSM-III et le DSM-III-R).

Critères diagnostiques du F22.0 [297.11 Trouble délirant

A. Idées délirantes non bizarres (c.-à-d. impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivi(e), empoisonné(e), contaminé(e), aimé(e) à distance, ou trompé(e) par le conjoint ou le partenaire, ou être atteint(e) d'une maladie), persistant au moins 1 mois.

B. N'a jamais répondu au Critère A de la Schizophrénie. **N.-B. :** des hallucinations tactiles et olfactives peuvent être présentes dans le trouble délirant si elles sont en rapport avec le thème du délire.

C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.

D. En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du type (la désignation des types suivants est fondée sur le thème délirant prédominant :

Type érotomaniaque : idées délirantes dont le thème est qu'une personne, habituellement d'un niveau plus élevé, est amoureuse du sujet.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F22.0 1297.1]
Trouble délirant ***(suite)***

Type mégalomaniaque : idées délirantes dont le thème est une idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité, ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.
À Type de jalousie : idées délirantes dont le thème est que le partenaire sexuel du sujet lui est infidèle.
À Type de persécution : idées délirantes dont le rhème est que l'on se conduit d'une façon malveillante envers le sujet (ou envers une personne qui lui est proche).
Type somatique : idées délirante dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale.
Type mixte : idées délirantes caractéristiques de plus d'un des types précédents, mais sans prédominance d'aucun thème.
Type non spécifié.

F23.8x [298.81 Trouble psychotique bref

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'un Trouble psychotique bref est la survenue brutale d'au moins un symptôme psychotique positif parmi la liste suivante : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé (p. ex., coq à l'âne fréquents ou incohérence), ou comportement grossièrement désorganisé ou catatonique (Critère A). Un épisode de la perturbation dure au moins un jour, mais moins d'un mois avec finalement un retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide (Critère B). La perturbation n'est pas due à un Trouble de l'humeur, avec caractéristiques psychotiques, à un Trouble schizo-affectif ou à une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., un hallucinogène) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hématome sous-dural) (Critère C).

Spécifications

Les spécifications suivantes du Trouble psychotique bref seront notées en fonction de la présence ou de l'absence de facteurs de stress précipitants.

F23.81 Avec facteur(s) de stress marqué(s). Cette spécification peut être notée si les symptômes psychotiques s'installent peu de temps après et apparemment en réaction à un ou plusieurs événements qui, isolément ou réunis, constitueraient un stress marqué chez la plupart des gens dans des circonstances similaires et dans la même culture. Ce type de Trouble psychotique bref était appelé « Psychose réactionnelle brève » clans le DSM-III- R. Le ou les événements

précipitants peuvent être n'importe quel stress majeur comme la perte d'un être cher ou le traumatisme psychologique lié à un combat. 11 peut être parfois difficile cliniquement de déterminer si un facteur de stress spécifique a un rôle précipitant ou s'il n'est qu'une conséquence de la maladie. Dans de telles conditions, la décision reposera sur des facteurs de corrélation tels que la relation chronologique entre le facteur de stress et le début des symptômes, des informations auxiliaires apportées par le conjoint ou un ami sur le niveau de fonctionnement préalable au facteur de stress, et les antécédents de réaction similaire à des événements stressants dans le passé.

F23.80 Sans facteur(s) de stress marqué(s). Cette spécification peut être notée si les symptômes psychotiques n'apparaissent pas comme réactionnels à des événements qui constitueraient un stress marqué chez la plupart des gens dans des circonstances similaires et dans la même culture.

Avec début dans le post-partum. Cette spécification peut être notée si les symptômes psychotiques s'installent dans les 4 semaines qui suivent un accouchement.

Caractéristiques et Troubles associés

Les sujets présentant un Trouble psychotique bref ressentent typiquement un bouleversement émotionnel ou une confusion extrême. 11 peut y avoir des variations rapides d'un affect intense à un autre. Quoique bref, le trouble peut représenter un handicap sévère et une surveillance peut être nécessaire pour assurer les besoins nutritionnels et hygiéniques et pour protéger le sujet des conséquences d'un jugement défaillant, (l'une altération cognitive ou (l'actions entreprises sous l'emprise d'idées délirantes. Il semble y avoir un risque accru de mortalité (avec un risque (le suicide particulièrement élevé) tout spécialement chez les sujets jeunes. Des troubles préexistants de la personnalité (p. ex., Personnalité paranoïaque, histrionique, narcissique, schizotypique ou borderline) peuvent prédisposer le sujet au développement du trouble.

Il est important de distinguer les symptômes d'un Trouble psychotique bref de modes réactionnels admis culturellement. Par exemple, au cours de certaines cérémonies religieuses, un sujet peut dire qu'il entend des voix, mais celles-ci ne persistent habituellement pas et ne sont pas perçues comme anormales par la plupart des membres de la même communauté culturelle.

Prévalence

Aux États-Unis et dans les autres pays développés, on rencontre rarement des cas de Trouble psychotique bref en clinique. L'incidence et la prévalence des cas qui ne sont pas vus par les cliniciens restent inconnues. En revanche, les manifestations psychotiques répondant aux critères A et C du Trouble psychotique bref mais pas au critère B (c.-à-d. les symptômes actifs persistant pendant 1-6 mois, au lieu de disparaître en un mois) sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement que dans les pays développés.

Évolution

Le Trouble psychotique bref peut survenir dans l'adolescence ou chez l'adulte jeune, l'âge moyen de début se situant à la fin de la 3e décennie ou au début de la 4e. Par définition, le diagnostic de Trouble psychotique bref n'est applicable que s'il existe une rémission complète de tous les symptômes et un retour au niveau de fonctionnement prémorbide dans le mois qui suit l'installation de la perturbation. Chez certains sujets, la durée des symptômes psychotiques peut être très brève (p. ex., quelques jours).

Aspects familiaux

Certaines données suggèrent que le Trouble psychotique bref peut être relié aux Troubles de l'humeur alors que d'autres suggèrent qu'il serait distinct à la fois de la Schizophrénie et des Troubles de l'humeur.

Diagnostic différentiel

Une grande variété d'affections médicales générales peuvent comporter des symptômes psychotiques de courte durée. On porte un diagnostic de **Trouble psychotique dû à une affection médicale générale** ou de **delirium** quand on peut mettre en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires, que les idées délirantes ou les hallucinations sont la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (p. ex., syndrome de Cushing, tumeur cérébrale) (voir p. 387). Le **Trouble psychotique induit par une substance,** et **l'Intoxication par une substance** sont distingués du trouble psychotique bref par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à un toxique) est jugée être liée étiologiquement aux symptômes psychotiques (voir p. 392). Des examens complémentaires tels qu'un screening toxicologique urinaire ou une alcoolémie peuvent être utiles à cette détermination, de même que l'étude approfondie de l'histoire de l'utilisation de la substance en étant attentif aux relations chronologiques entre la prise de la substance et le début des symptômes, et à la nature de la substance utilisée.

Le diagnostic de Trouble psychotique bref ne peut pas être porté si les symptômes psychotiques sont dus à un **épisode thymique** (c.-à-d. si les symptômes psychotiques surviennent exclusivement pendant un Épisode dépressif majeur complet, un Épisode maniaque complet, ou un Épisode mixte complet). Si les symptômes psychotiques persistent 1 mois ou davantage, on portera un des diagnostics suivants en fonction des autres symptômes du tableau clinique : **Trouble schizophréniforme, Trouble délirant, Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques,** ou **Trouble psychotique non spécifié.** Il est difficile de faire le diagnostic différentiel entre un Trouble psychotique bref et un Trouble schizophréniforme quand les symptômes psychotiques se sont amendés avant qu'un mois ne se soit écoulé, en réponse à un traitement médicamenteux efficace.

Comme la récurrence d'épisodes de Trouble psychotique bref est rare, on étudiera soigneusement la possibilité de l'existence d'un trouble récurrent (p. ex., Trouble bipolaire, exacerbations aiguës récurrentes d'une Schizophrénie) qui serait responsable d'épisodes psychotiques récurrents.

Un épisode du Trouble factice, avec signes et symptômes psychologiques prépondérants, peut ressembler à un Trouble psychotique bref, mais dans de tels cas, il existe des indications permettant de constater que les symptômes sont élaborés intentionnellement. Quand une Simulation comporte des symptômes d'apparence psychotique, il existe habituellement des indications en faveur d'une simulation dont le but est compréhensible. Chez certains sujets présentant un Trouble de la personnalité, des facteurs de stress psychosociaux peuvent provoquer de brèves périodes de symptômes psychotiques. Ceux-ci sont généralement transitoires et ne justifient pas un diagnostic indépendant. Si les symptômes psychotiques persistent au moins 1 jour, il peut être approprié de porter un diagnostic de Trouble psychotique bref.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les troubles psychotiques brefs sont traités d'une manière très compliquée dans la CIM-10. Cette dernière propose des critères correspondant à quatre troubles psychotiques brefs spécifiques lesquels diffèrent entre eux par leur symptomatologie (c.-à-d., avec ou sans symptômes schizophréniques) et leur évolution (c.-à-d., avec ou sans changement rapide à la fois du type et de l'intensité des symptômes psychotiques). De plus, la durée maximum de ces épisodes psychotiques brefs varie en fonction du type de symptômes (c.-à-d., 1 mois pour des symptômes d'allure schizophrénique et 3 mois pour des symptômes essentiellement délirants). En comparaison, le DSM-IV propose un seul ensemble de critères et une durée maximum de 1 mois.

Critères diagnostiques du F23.8x [298.81 Trouble psychotique bref

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :

(1) idées délirantes
(2) hallucinations
(3) discours désorganisé (c.-à-d. coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
(4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

N.-B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une maclante de réaction culturellement admise.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d'1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un Trouble schizo-affectif, ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F23.8x 1298.81
Trouble psychotique bref ***(suite)***

Spécification :

.81 Avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) : si les symptômes surviennent peu de temps après — et apparemment en réaction à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

.80 Sans facteurs(s) de stress marqué(e) : si les symptômes psychotiques *ne surviennent pas* peu de temps après — ou ne sont pas apparemment réactionnels à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

Avec début lors du post-partum : si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

F24 [297.3] Trouble psychotique partagé (Folie à Deux)[2]

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble psychotique partagé (Folie à deux) est la mise en place d'un système délirant, consécutivement à une relation étroite avec une autre personne (parfois appelée I'« inducteur » ou le « cas primaire ») qui, elle, a déjà un Trouble psychotique avec des idées délirantes prononcées (Critère A). Le sujet en vient à partager partiellement ou complètement les croyances délirantes du cas primaire (Critère B). Le délire n'est pas dû à un autre Trouble psychotique (p. ex., Schizophrénie) ou à un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., amphétamines) ou d'une affection médicale générale (p. ex., tumeur cérébrale (Critère C). Le diagnostic le plus fréquent chez le cas primaire est probablement la Schizophrénie, bien que d'autres diagnostics puissent correspondre au Trouble délirant ou au Trouble de l'humeur, avec caractéristiques psychotiques. Le contenu des croyances délirantes partagées peut dépendre du diagnostic chez le cas primaire et peut comporter des idées délirantes relativement bizarres (p. ex., que des rayonnements sont dirigés clans un appartement à partir d'une puissance étrangère hostile, causant une indigestion et de la diarrhée), des idées délirantes congruentes à l'humeur (p. ex., que le cas primaire est sur le point de conclure un contrat cinématographique d'un montant de 2 millions de dollars, ce qui permettra à la famille d'acquérir une maison beaucoup plus vaste avec piscine) ou les idées délirantes non bizarres qui caractérisent le Trouble délirant (p. ex., que le FBI a mis sur écoute le poste de téléphone familial et prend en filature les membres de la

2. En français clans la version originale du DSM-IV

famille dès qu'ils sortent). Habituellement, la personne représentant le cas primaire du Trouble psychotique partagé a une position dominante clans la relation et impose peu à peu son système délirant à la seconde personne, plus passive, et initialement non atteinte. Les individus qui finissent par partager des croyances délirantes sont souvent liés par le sang ou le mariage et vivent ensemble depuis longtemps, parfois dans un isolement social relatif. Quand la relation avec le cas primaire est interrompue, les croyances délirantes de l'autre personne vont habituellement diminuer ou disparaître. Bien que les cas les plus couramment rencontrés concernent des relations limitées à deux personnes, le Trouble psychotique partagé peut impliquer un nombre plus important d'individus, tout particulièrement clans le contexte d'une famille où un des parents représente le cas primaire, et où les enfants, parfois à des degrés variables, adoptent les croyances délirantes de ce parent. Les sujets ayant ce trouble cherchent rarement à se faire traiter et les cas secondaires sont habituellement détectés quand le cas primaire est en traitement.

Caractéristiques et Troubles associés

Hormis les croyances délirantes, le comportement n'est généralement pas étrange ou inhabituel dans le Trouble psychotique partagé. Le handicap est souvent moins sévère chez le sujet atteint du Trouble psychotique partagé que pour le cas primaire.

Prévalence

On dispose de peu d'informations systématiques sur la prévalence du Trouble psychotique partagé. Ce trouble est rare dans les échantillons cliniques, même si on a prétendu que certains cas étaient méconnus. Des données limitées suggèrent que le Trouble psychotique partagé est légèrement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Évolution

On sait peu de choses sur l'âge de début du Trouble psychotique partagé, mais celui-ci semble être très variable. En l'absence d'intervention, l'évolution est généralement chronique dans la mesure où ce trouble survient presque toujours dans le cadre de relations de longue durée et résistantes aux changements. En cas de séparation du cas primaire, les convictions délirantes du sujet disparaissent, parfois rapidement et parfois très lentement.

Diagnostic diférentiel

Le diagnostic de Trouble psychotique partagé n'est porté que si les idées délirantes ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Le diagnostic différentiel pose rarement problème dans la mesure où l'existence d'une relation étroite avec le cas primaire et la similitude des idées délirantes se rencontrent uniquement dans le Trouble psychotique partagé. Dans la **Schizophrénie,** le **Trouble délirant,** le **Trouble schizo-affectif** et le **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques,** soit il n'existe pas de relation étroite avec une personne dominante présentant un Trouble psychotique et partageant des convictions délirantes similaires, soit, s'il existe une relation de ce type, les symptômes psychotiques précèdent généralement la survenue des idées délirantes partagées. Dans

de rares cas, le sujet peut présenter un tableau clinique évoquant un Trouble psychotique partagé, mais les idées délirantes ne disparaissent pas quand le sujet est séparé du cas primaire. Dans ce cas, il est probablement approprié d'envisager le diagnostic d'un autre Trouble psychotique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les définitions de la CIM-10 et du DSM-IV sont similaires. Dans la CIM-10, ce trouble est appelé Trouble délirant induit.

Critères diagnostiques du F24 [297.3] Trouble psychotique partagé

A. Survenue d'idées délirantes chez un sujet clans le contexte d'une relation étroite avec une ou plusieurs personnes, ayant déjà des idées délirantes avérées.

B. Le contenu des idées délirantes est similaire à celui de la personne ayant déjà ries idées délirantes avérées.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre Trouble psychotique (p. ex., une Schizophrénie) ou un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Trouble psychotique dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble psychotique dû à une affection médicale générale sont des hallucinations ou des idées délirantes prononcées qui sont considérées comme dues aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (Critère A).

On doit pouvoir mettre en évidence, d'après les antécédents, l'examen physique, ou les examens complémentaires, que les idées délirantes ou les hallucinations sont la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (Critère B). La perturbation psychotique ne peut pas être attribuée à un autre trouble mental (c.-à-d. que les symptômes ne représentent pas une réaction psychologique différée à une affection médicale générale sévère, auquel cas le diagnostic de Trouble psychotique bref, avec facteur de stress marqué, serait approprié) (Critère C). On ne porte pas ce diagnostic si l'affection survient exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium

(Critère D). En raison des consignes de codage de la CIM-9-CM, on ne porte pas un diagnostic indépendant de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale si les idées délirantes surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'une clémence de type Alzheimer ou d'une démence vasculaire ; on porte alors le diagnostic de Démence de type Alzheimer ou de Démence vasculaire avec le sous-type « avec idées délirantes ».

Toutes les modalités sensorielles hallucinatoires peuvent se rencontrer (c.-à-d. visuelles, olfactives, gustatives, tactiles ou auditives), mais certains facteurs étiologiques provoquent volontiers des phénomènes hallucinatoires spécifiques. Des hallucinations olfactives, en particulier celles qui concernent la perception d'odeurs de caoutchouc brûlé ou d'autres odeurs désagréables, sont très évocatrices d'une épilepsie du lobe temporal. Les hallucinations sont variables, pouvant être simples et peu élaborées ou très complexes et organisées, ceci dépendant des facteurs étiologiques, des circonstances environnantes, *de* la nature et de la localisation de la lésion affectant le système nerveux central, et de la réaction au handicap. On ne porte généralement pas le diagnostic de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale si le sujet garde une bonne appréhension de la réalité, en dépit des hallucinations et reconnaît que ses expériences perceptives résultent de l'affection médicale générale. Les idées délirantes peuvent comporter des thèmes divers parmi lesquels des thèmes somatiques, mégalomaniaques, mystiques, et, le plus souvent, (le persécution. Dans certains cas, des idées délirantes mystiques sont spécifiquement associées à l'épilepsie du lobe temporal. Les sujets présentant des lésions cérébrales pariétales droites peuvent développer un syndrome de négligence controlatérale qui peut les amener à méconnaître certaines parties de leur corps à un degré délirant. Cependant, dans l'ensemble, les associations entre certaines idées délirantes et des affections médicales générales particulières semblent moins spécifiques que dans le cas des hallucinations.

Afin de pouvoir déterminer si l'affection psychotique est due à une affection médicale générale, le clinicien doit d'abord établir la présence d'une affection médicale générale. Ensuite, le clinicien doit démontrer que la perturbation psychotique est liée étiologiquement à l'affection médicale générale par un mécanisme physiologique. Un examen soigneux et complet (le multiples facteurs est nécessaire à l'établissement de ce jugement. Bien qu'il n'existe pas de directives infaillibles pour la détermination de l'existence d'une relation étiologique entre l'affection psychotique et l'affection médicale générale, plusieurs arguments permettent de guider le jugement clans ce domaine. Un premier argument est l'existence d'une relation chronologique entre l'installation, l'exacerbation ou la rémission de l'affection médicale générale et celles de l'affection psychotique. Un second argument est l'existence de caractéristiques qui ne sont pas typiques d'un Trouble psychotique primaire (p. ex., âge de début atypique ou présence d'hallucinations visuelles ou olfactives). Des données de la littérature suggérant la possibilité d'une association directe entre l'affection médicale générale en question et le développement de symptômes psychotiques, peuvent fournir un cadre utile à l'examen d'une situation particulière. En outre, le clinicien doit également s'assurer que la perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique primaire, à un Trouble psychotique induit par une substance ou à un autre trouble mental primaire (p. ex., Trouble de l'adaptation). Cette détermination est expliquée plus en détails dans la section « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (voir p. 209).

Sous-types

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser le tableau symptomatique prédominant. En cas de présence simultanée d'idées délirantes et d'hallucinations, coder celles des deux qui sont au premier plan :

F06.2 [293.81] Avec idées délirantes. Ce sous-type est utilisé si des idées délirantes constituent le symptôme prédominant.

F06.0 [293.82] Avec hallucinations. Ce sous-type est utilisé si des hallucinations constituent le symptôme prédominant.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, le clinicien doit d'abord noter la présence du Trouble psychotique, puis celle de l'affection médicale générale jugée avoir causé la perturbation, et finalement la spécification appropriée indiquant le tableau symptomatique prédominant, ceci sur l'Axe I (p. ex., Trouble psychotique dû à une thyréotoxicose, avec hallucinations). Le code diagnostique de l'Axe I est sélectionné en fonction du sous-type : F06.2 [293.81] pour le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, avec idées délirantes, et F06.0 [293.82] pour le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, avec hallucinations. Le code de la CIM-9-CM de l'affection médicale générale doit également être noté sur l'Axe *III (p. ex., E05.9 thyréotoxicose). (Voir l'Annexe G pour la* liste *(les* codes diagnostiques de la CIM-9-CM pour une sélection d'affections médicales générales).

Affections médicales générales associées

Diverses affections médicales générales peuvent causer des symptômes psychotiques dont des affections neurologiques (p. ex., néoplasmes, maladie vasculaire cérébrale, maladie de Huntington, sclérose en plaques, épilepsie, lésion ou altération du nerf optique ou du nerf auditif, surdité, migraine, infections du système nerveux central), des affections endocriniennes (p. ex., hyper- et hypothyroïdie, hyper- et hypoparathyroïdie, hyper- ou hypoadrénocorticisme), des affections métaboliques (p. ex., hypoxie, hypercarboxémie, hypoglycémie), déséquilibres hydriques ou électrolytiques, maladies hépatiques ou rénales, et affections auto- immunes avec atteinte du système nerveux central (p. ex., lupus érythémateux disséminé). Les affections neurologiques atteignant les structures sous-corticales du lobe temporal sont plus souvent associées à des idées délirantes. Les données associées de l'examen physique, des examens complémentaires et les modalités de prévalence ou de survenue sont des indicateurs étiologiques de l'affection médicale générale.

Prévalence

En raison de la multitude des étiologies médicales sous-jacentes, il est difficile de faire une estimation de la prévalence du Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. D'après les résultats de certaines études, le syndrome est sous-diagnostiqué dans la pratique médicale générale. Des symptômes psychotiques pourraient être présents chez 20 % des individus présentant un trouble endocrinien non traité, chez 15 %

de sujets présentant un lupus érythémateux systématisé. et chez 40 % ou plus de sujets présentant une épilepsie du lobe temporal.

Évolution

Le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale peut constituer un état isolé transitoire ou il peut être récurrent, variant en fonction des exacerbations et des rémissions de l'affection médicale générale sous-jacente. Les symptômes psychotiques disparaissent souvent suite au traitement de l'affection médicale générale sous-jacente, mais cela n'est pas toujours le cas, et des symptômes psychotiques peuvent persister pendant longtemps après l'événement médical qui les a causés (p. ex., Trouble psychotique secondaire à une Lésion cérébrale localisée).

Diagnostic différentiel

Des hallucinations et des idées délirantes surviennent fréquemment dans le contexte d'un **delirium ;** cependant, un diagnostic indépendant de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale n'est pas porté si l'affection survient exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium. En revanche, on peut faire un diagnostic de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, en plus d'un diagnostic de démence, si les symptômes psychotiques sont une conséquence étiologique directe du processus pathologique à l'origine de la démence. En raisons des règles de codage de la CIM-9-CM, on fait une exception sur ce point quand des idées délirantes se développent exclusivement au cours de l'évolution d'une **Démence vasculaire.** Dans ce cas, on fait un diagnostic de Démence vasculaire, avec le sous-type « avec idées délirantes » et on ne porte pas un diagnostic indépendant de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. Si le tableau clinique comporte un mélange de différents types de symptômes (p. ex., psychotiques et anxieux), le diagnostic est généralement celui d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale car dans de tels cas, les symptômes psychotiques sont typiquement au premier plan du tableau clinique.

Si on peut mettre en évidence l'utilisation récente ou prolongée d'une substance (dont les médicaments à effet psychoactif), le sevrage d'une substance, ou l'exposition à un toxique (p. ex., intoxication au LSD, sevrage d'alcool), un **Trouble psychotique induit par une substance** doit être envisagé. Il peut être utile de réaliser un screening toxicologique urinaire ou sanguin ou toute autre investigation complémentaire appropriée. Les symptômes qui surviennent pendant ou peu de temps après (c.-à-d. dans les 4 semaines qui suivent) une Intoxication par une substance ou un Sevrage à une substance ou après l'utilisation d'un médicament, peuvent être particulièrement évocateurs d'un Trouble psychotique induit par une substance, en fonction du caractère, de la durée de l'utilisation de la substance ou de la quantité utilisée. Si le clinicien a établi que l'affection est due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, les cieux diagnostics (c.-à-d. Trouble psychotique dû à une affection médicale générale et Trouble psychotique induit par une substance) peuvent être posés.

Le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale doit être distingué d'un **Trouble psychotique primaire** (p. ex., Schizophrénie, Trouble délirant, Trouble schizo-affectif) ou d'un **Trouble de l'humeur primaire avec caractéristiques psychotiques.** Dans les troubles psychotiques primaires et les Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, on ne peut pas démontrer l'existence de mécanismes physiologiques spécifiques et directement causals associés à l'affection médicale géné-

rale. Lin âge de début tardif (p. ex., une première apparition d'idées délirantes chez un sujet de plus de 35 ans) et l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de Schizophrénie ou de Trouble délirant suggèrent la nécessité d'un examen approfondi afin d'éliminer le diagnostic de Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. Les hallucinations auditives impliquant des voix émettant des phrases complexes sont plutôt caractéristiques de la Schizophrénie que du Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. D'autres types d'hallucinations (p. ex., visuelles, olfactives) sont souvent indicatifs d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale ou d'un Trouble psychotique induit par une substance.

On porte le diagnostic de Trouble psychotique non spécifié quand le clinicien ne peut pas déterminer si l'affection psychotique est primaire, induite par une substance, ou due à une affection médicale générale. Des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques peuvent survenir chez des sujets indemnes de trouble mental, mais elles apparaissent uniquement pendant l'endormissement ou le réveil.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Dans la CIM-10, ce trouble est qualifié soit d'État hallucinatoire organique. soit de Trouble délirant organique, selon le type de symptômes présentés.

Critères diagnostiques du F06.x [293.xx] Trouble psychotique dû *à... [indiquer l'affection médicale générale]*

A. Hallucinations ou idées délirantes au premier plan

B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'une affection médicale générale dont la perturbation est la conséquence physiologique directe.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

D. La perturbation ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

Code fondé sur le symptôme prédominant :

.2 Avec idées délirantes : si des idées délirantes sont le symptôme prédominant

.0 Avec hallucinations : si des hallucinations sont le symptôme prédominant

Note de codage : Indure le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I. p. ex., F06.2 [293.81] Trouble psychotique dû à un cancer du poumon, avec idées délirantes; coder aussi l'affection médicale générale sur l'Axe III. (Voir l'Annexe G pour les codes.)

Note de codage : Si les idées délirantes font partie d'une Démence vasculaire, indiquer les idées délirantes en codant le sous-type approprié, p. ex., F01.x1 1290.421 Démence vasculaire, avec idées délirantes.

F1x.5 Trouble psychotique induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble psychotique induit par une substance sont des hallucinations ou des idées délirantes prononcées (Critère A) qui sont jugées être dues aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à un toxique (Critère B). On n'inclura pas ici des hallucinations dans le cas où le sujet réalise qu'elles sont induites par une substance et on fera alors un diagnostic d'Intoxication par une substance ou de Sevrage d'une substance en l'accompagnant de la spécification « avec perturbations des perceptions ». L'affection ne doit pas pouvoir être attribuée à un Trouble psychotique qui n'est pas induit par une substance (Critère C). On ne porte pas ce diagnostic si les symptômes psychotiques surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'un delirium (Critère D). On fera ce diagnostic plutôt que celui d'Intoxication par une substance ou de Sevrage d'une substance seulement si les symptômes psychotiques excèdent ceux qui sont généralement associés au syndrome d'intoxication ou de sevrage et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique. Se reporter à la p. 207 pour une discussion plus détaillée des Troubles liés à une substance.

On distingue un Trouble psychotique induit par une substance d'un Trouble psychotique primaire en étudiant le mode de début, l'évolution et d'autres facteurs. Pour les substances donnant lieu à abus, on doit mettre en évidence l'existence d'une Dépendance, d'un Abus, d'une intoxication ou d'un sevrage d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Les Troubles psychotiques induits par une substance surviennent exclusivement en association à des états d'intoxication ou de sevrage, mais ils peuvent persister pendant des semaines, alors que les Troubles psychotiques primaires peuvent précéder le début de l'utilisation de la substance ou peuvent survenir pendant des périodes d'abstinence prolongée. Une fois qu'ils ont été initiés, les symptômes psychotiques peuvent persister aussi longtemps que la substance continue à être utilisée. Comme le syndrome de sevrage à certaines substances peut être relativement différé, l'installation des symptômes psychotiques peut survenir jusqu'à 4 semaines après l'interruption de l'utilisation de la substance. Un autre argument est la présence de caractéristiques non typiques d'un Trouble psychotique primaire (p. ex., âge de début atypique ou évolution atypique). Par exemple, l'apparition *de novo* d'idées délirantes chez un sujet de plus de 35 ans sans antécédents connus de Trouble psychotique primaire doit faire évoquer au clinicien la possibilité (l'un Trouble psychotique induit par une substance. Des antécédents de Trouble psychotique primaire n'éliminent pas forcément la possibilité d'un trouble psychotique induit par une substance. On a suggéré que 9/10 des hallucinations non auditives résulteraient d'un Trouble psychotique induit par une substance ou d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. Inversement, les facteurs qui suggèrent que les symptômes psychotiques sont mieux expliqués par un Trouble psychotique primaire incluent : la persistance des symptômes psychotiques pendant une période de temps conséquente (c.-à-d. un mois ou plus) après la fin de l'Intoxication par une substance Ou le Sevrage aigu d'une substance ; le développement de symptômes qui excèdent largement ce à quoi on pourrait s'attendre étant donné le type de substance utilisée, ou la quantité ou la durée de son utilisation, ou des antécédents de Troubles psychotiques

primaires récurrents. D'autres causes de symptômes psychotiques doivent être envisagées, même chez une personne en état d'intoxication ou de sevrage, car les problèmes d'utilisation de substance ne sont pas rares chez les personnes présentant des Troubles psychotiques (présumés être) non induits par des substances.

Sous-types et spécifications

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser le tableau symptomatique prédominant. En cas de présence simultanée d'idées délirantes et d'hallucinations, coder celles des deux qui sont au premier plan.

Avec idées délirantes. Ce sous-type est utilisé si des idées délirantes constituent le symptôme prédominant.

Avec hallucinations. Ce sous-type est utilisé si des hallucinations constituent le symptôme prédominant.

Le contexte dans lequel se développent les symptômes psychotiques peut être précisé en utilisant les spécifications indiquées ci-dessous :

Avec début pendant une intoxication. Cette spécification doit être utilisée si les critères d'une intoxication par la substance sont remplis et si les symptômes se développent au cours d'un syndrome d'intoxication.

Avec début pendant un sevrage. Cette spécification doit être utilisée si les critères du sevrage de la substance sont remplis et si les symptômes se développent pendant ou peu de temps après un syndrome de sevrage.

Procédures d'enregistrement

Le nom du Trouble psychotique induit par une substance commence par la substance spécifique (p. ex., cocaïne, méthylphénidate, dexaméthasone) qui est présumée être à l'origine des symptômes psychotiques. Le code diagnostique est sélectionné à partir de la liste des classes de substances figurant dans le tableau des critères. Dans le cas de substances qui ne peuvent figurer dans aucune classe (p. ex., dexaméthasone), le code correspondant à « Autre substance » devra être utilisé. Par ailleurs, pour les médicaments prescrits à des doses thérapeutiques, le médicament spécifique peut être noté sur l'Axe I à l'aide du code E approprié (voir l'Annexe G). Le codage de chacun des Troubles psychotiques induits par des substances spécifiques dépend de la prédominance des idées délirantes ou des hallucinations clans le tableau clinique : F1x.51 [292.11] pour « avec idées délirantes » et F1x.52 [292.12] pour avec hallucinations, à l'exception de l'alcool, pour lequel le code est F10.51 [291.5] pour « avec idées délirantes » et F10.02 [291.3] pour « avec hallucinations ». Le nom du Trouble (p. ex., Trouble psychotique induit par la cocaïne ; trouble psychotique induit par le méthylphrénidate) est suivi du sous-type précisant le contexte clans lequel les symptômes se sont développés (p. ex., F1451 [292.11] Trouble psychotique induit par la Cocaïne, avec idées délirantes, avec début pendant l'intoxication ; F19.52 [292.12] Trouble psychotique induit par la Phencyclidine, avec hallucinations, avec début pendant l'intoxication). Quand on estime que plus d'une substance joue un rôle significatif dans le développement des symptômes psychotiques, chacune d'entre elles doit être inscrite séparément. Quand on estime que le facteur étiologique est une substance, mais qu'on ignore de quelle substance ou classe de substance spécifique il s'agit, on peut utiliser la catégorie F19.51 [292.11] Trouble psychotique induit par une substance inconnue,

avec idées délirantes ou F19.52 [292.12j Trouble psychotique induit par une substance inconnue, avec hallucinations.

Substances spécifiques

La survenue de Troubles psychotiques peut être associée à une *intoxication* par les classes de substances suivantes : alcool ; amphétamines et substances amphétaminiques ; cannabis ; cocaïne ; hallucinogènes ; solvants volatils ; Opiacés (mépéridine) ; phencyclidine et substances similaires ; sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; et autres substances ou substances inconnues. La survenue de troubles psychotiques peut être associée à un *sevrage* des classes de substances suivantes : alcool ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; et d'autres substances ou substances inconnues. Le déclenchement du trouble peut varier considérablement selon la substance. Par exemple, le fait de fumer une forte dose de cocaïne peut déclencher une psychose en quelques minutes, alors que des jours ou des semaines d'utilisation de fortes doses d'alcool ou de sédatifs peuvent être nécessaires au déclenchement d'une psychose. Toutes les modalités hallucinatoires peuvent se rencontrer mais, sauf au cours du delirium, il s'agit habituellement d'hallucinations auditives. Le Trouble psychotique induit par l'alcool, avec hallucinations, ne survient habituellement qu'après une ingestion d'alcool massive et prolongée chez des sujets qui présentent apparemment une Dépendance à l'alcool. Les hallucinations auditives consistent habituellement en des voix.

Les Troubles psychotiques induits par une intoxication par les amphétamines ou la cocaïne partagent des caractéristiques cliniques similaires. Des idées délirantes de persécution peuvent se développer rapidement peu de temps après l'utilisation d'amphétamines ou de sympathomimétiques d'action équivalente. Une distorsion du schéma corporel et une perception erronée des visages peuvent se rencontrer. Le fait d'halluciner des insectes ou de la vermine qui rampent sur ou dans la peau (formication) peut conduite à un comportement de grattage et à des excoriations cutanées extensives. Le Trouble psychotique induit par le cannabis peut se développer peu de temps après l'utilisation à fortes doses du cannabis et comporte généralement des idées délirantes de persécution. Ce trouble est apparemment rare. On peut rencontrer une anxiété marquée, une labilité émotionnelle, une dépersonnalisation, et une amnésie consécutive à l'épisode. Ce trouble rétrocède généralement en une journée, mais peut dans certains cas persister quelques jours.

Les Troubles psychotiques induits par des substances peuvent, dans certains cas, mettre du temps à rétrocéder après le retrait de l'agent responsable. On a rapporté que des agents tels que les amphétamines, la phencyclidine et la cocaïne pourraient déclencher des états psychotiques temporaires qui peuvent parfois persister pendant des semaines ou davantage malgré le retrait de l'agent en cause et un traitement neuroleptique. Ces états peuvent être initialement difficiles à distinguer de Troubles psychotiques non induits par des substances.

On a rapporté que certains médicaments pouvaient déclencher des symptômes psychotiques. Parmi ceux-ci, on compte les anesthésiques et analgésiques, les agents anticholinergiques, les anticonvulsivants, les antihistaminiques, les médicaments antihypertenseurs et à visée cardio-vasculaire, les antibiotiques, les antiparkinsoniens, les agents chimiothérapeutiques (p. ex., cyclosporine et procarbazine), les corticostéroïdes, les médicaments à visée gastro-intestinale, les myorelaxants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'autres médicaments disponibles sans prescription (p. ex., phényléphrine et pseudo-éphédrine), les antidépresseurs et le disulfiram. On a

rapporté que des toxiques divers pouvaient induire des symptômes psychotiques, dont les anticholinestérases, les insecticides organophosphorés, les gaz neurotoxiques, le monoxyde de carbone, le dioxyde de carbone, et des substances volatiles telles que l'essence ou la peinture.

Diagnostic différentiel

On fera un diagnostic de Trouble psychotique induit par une substance plutôt qu'un diagnostic **d'Intoxication par une substance** ou de **Sevrage à une substance** seulement si on estime que les symptômes psychotiques excèdent ceux qui sont généralement associés au syndrome d'intoxication ou de sevrage et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier une prise en charge clinique indépendante. Les sujets intoxiqués par des stimulants, le cannabis, la mépéridine (opiacé) ou la phencyclidine ou même ceux qui font un sevrage d'alcool ou de sédatifs peuvent éprouver une altération de leurs perceptions (scintillements lumineux, sons, illusions visuelles) qu'ils reconnaissent comme des effets de ces drogues. Si l'appréhension de la réalité reste intacte en ce qui concerne ces expériences (c.-à-d. que la personne reconnaît que la perception est induite par la substance, n'y adhère pas et n'agit pas en fonction d'elle), le diagnostic ne sera pas celui d'un Trouble psychotique induit par une substance. Dans ce cas, on portera le diagnostic **d'Intoxication par une substance** ou de **Sevrage à une substance,** avec perturbation des perceptions (p. ex., Intoxication par la cocaïne, avec perturbation des perceptions). Les hallucinations à type de « flash-back » qui peuvent survenir longtemps après l'utilisation d'hallucinogènes font porter le diagnostic de **Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes** (voir p. 293). De plus, si les symptômes psychotiques induits par une substance surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'un Delirium comme c'est le cas dans certaines formes sévères de Sevrage d'alcool, les symptômes psychotiques sont considérés comme une caractéristique associée du delirium et ne font pas porter un diagnostic indépendant.

On distingue un Trouble psychotique induit par une substance d'un *Trouble psychotique primaire* par le fait qu'on estime qu'une substance est liée étiologiquement aux symptômes (voir p. 392).

Un Trouble psychotique induit par une substance dû à un traitement prescrit pour une affection médicale générale doit débuter alors que la personne *prend le* médicament (ou au cours d'un sevrage, s'il existe un syndrome de sevrage associé au médicament). Une fois que le traitement est interrompu, les symptômes psychotiques vont généralement rétrocéder en quelques jours ou en plusieurs semaines (selon la demi-vie de la substance et la présence d'un syndrome de sevrage). Si les symptômes persistent au-delà de 4 semaines, on doit envisager d'autres causes de symptômes psychotiques. Comme les sujets atteints d'affections médicales générales prennent souvent des médicaments pour traiter ces affections, le clinicien doit envisager la possibilité que les symptômes psychotiques soient causés par les conséquences physiologiques de l'affection médicale générale plutôt que par le médicament, auquel cas, le diagnostic sera celui de **Trouble psychotique dû à une affection médicale générale.** Un tel jugement sera souvent fondé principalement sur les antécédents. A certains moments, un changement du traitement de l'affection médicale générale (p. ex., substitution ou interruption d'un médicament) peut être nécessaire afin de déterminer empiriquement chez la personne concernée si le médicament est l'agent causal. Si le clinicien a pu établir que l'affection était due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation

d'une substance, les deux diagnostics (c.-à-d., Trouble psychotique dû à une affection médicale générale et Trouble psychotique induit par une substance) peuvent être portés. Si on ne dispose pas de données suffisantes pour déterminer si les symptômes psychotiques sont dus à une substance (y compris un médicament) ou à une affection médicale *générale* ou s'ils sont primaires (c.-à-d. dus ni à une substance ni à une affection médicale générale), le diagnostic de **Trouble psychotique non spécifié** sera indiqué.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Dans la CIM-10, cette catégorie est subdivisée en deux : F1x.5 (Trouble psychotique lié à l'utilisation d'une substance psychoactive) si les symptômes psychotiques débutent dans les 2 semaines qui suivent l'utilisation d'une substance, et F1x.75 (Trouble psychotique à début tardif lié à l'utilisation d'une substance psychoactive) si les symptômes psychotiques surviennent plus de 2 semaines mais pas plus de 6 semaines après l'utilisation d'une substance. D'après les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 la durée de F1x.5 ne doit pas, par ailleurs, dépasser 6 mois.

F1x.5 Critères diagnostiques du Trouble psychotique induit par une substance

A. Hallucinations ou idées délirantes au premier plan. N.B. : ne pas tenir compte d'hallucinations dont le sujet est conscient qu'elles sont induites par une substance.

B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, soit de (1), soit de (2) :

(1) les symptômes du Critère A sont apparus pendant une Intoxication ou un Sevrage à une substance, ou dans le mois qui a suivi

(2) la prise d'un médicament est liée étiologiquement a l'affection

C. L'affection n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance. Les manifestations suivantes peuvent permettre de mettre en évidence que les symptômes sont attribuables à un Trouble psychotique non induit par une substance : les symptômes précèdent le début de la prise rie substance (ou de la prise de médicament) ; les symptômes persistent pendant une période de temps conséquente (c.-à-d. environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère, ou dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation ; ou d'autres éléments probants suggèrent l'existence indépendante d'un Trouble psychotique non induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents non liés à une substance).

(suite)

☐ F lx.5 Critères diagnostiques du Trouble psychotique induit par une substance *(suite)*

D. L'affection ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

N.-B. : On doit faire ce diagnostic et non celui d'une Intoxication par une substance Ou d'un Sevrage à une substance uniquement quand les symptômes excèdent ceux qui sont généralement associés à une intoxication ou un syndrome de sevrage et quand ils sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique.

codage du Trouble psychotique induit par une substance spécifique :

(F10.51 [291.5] Alcool, avec idées délirantes ; F10.52 [291.3] Alcool, avec hallucinations ; F15.51 [292.11] Amphétamine (ou substance amphétaminique), avec idées délirantes ; F15.52 [292,12] Amphétamine (ou substance amphétaminique), avec hallucinations ; F12.51 [292.11] Cannabis, avec idées délirantes ; F12.52 [292.12] Cannabis, avec hallucinations ; F14.51 [292.11] Cocaïne, avec idées délirantes ; F14.52 [292.12] Cocaïne, avec hallucinations ; F16.51 [292.11] Hallucinogènes, avec idées délirantes ; F16.52 [292.12] Hallucinogènes, avec hallucinations ; F18.51 [292.11] Solvants volatils, avec idées délirantes ; F18.52 [292.12] Solvants volatils, avec hallucinations ; F11.51 [292.11] Opiacés, avec idées délirantes ; F11.52 [292.12] Opiacés, avec hallucinations ; F19.51 [292.11] Phencyclidine (ou substance similaire), avec idées délirantes ; F19.52 [292.12] Phencyclidine (ou substance similaire), avec hallucinations ; F13.51 [292.11] Sédatifs, Hypnotiques ou Anxiolytiques, avec idées délirantes ; F13.52 [292.12] Sédatifs, Hypnotiques ou Anxiolytiques, avec hallucinations ; F19.51 [292.11] Autre substance (ou substance inconnue), avec idées délirantes ; F19.52 [292.12] Autre substance (ou substance inconnue), avec hallucinations)

Spécifier le mode de survenue (vérifier s'il s'applique à la substance considérée en consultant le tableau de la page 209) :

Avec début pendant l'intoxication : répond aux critères d'une intoxication à la substance et les symptômes sont apparus pendant l'intoxication.

Avec début pendant le sevrage : répond aux critères d'un sevrage à la substance et les symptômes sont apparus pendant le syndrome de sevrage ou peu de temps après.

F29 1298.91 Trouble psychotique non spécifié

Cette catégorie inclut une symptomatologie psychotique (p. ex., idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique) pour laquelle on manque d'informations adéquates pour porter un diagnostic spécifique ou pour laquelle on dispose d'informations contradictoires, ou inclut

des troubles avec des symptômes psychotiques qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble psychotique spécifique.

Par exemple :

1. Une psychose du post-partum qui ne répond pas aux critères d'un Trouble de l'humeur, avec caractéristiques psychotiques, d'un Trouble psychotique bref, d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale ou d'un Trouble psychotique induit par une substance.
2. Des symptômes psychotiques qui Ont persisté moins d'1 mois, mais qui ne se sont pas encore amendés, si bien que les critères du Trouble psychotique bref ne sont pas remplis.
3. Hallucinations auditives persistantes en l'absence de toute autre caractéristique.
4. Idées délirantes persistantes non bizarres avec des périodes d'épisodes thymiques intercurrents qui ont été présentes pendant une partie conséquente de la perturbation délirante.
5. Situation dans laquelle le clinicien a conclu à la présence d'un Trouble psychotique mais où il est incapable de déterminer si celui-ci est primaire, dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.

Troubles de l'humeur

La section des Troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur. La section est divisée en trois parties. La première partie décrit les épisodes thymiques (Épisode dépressif majeur, Épisode maniaque, Épisode mixte et Épisode hypomaniaque) qui sont présentés à part, au début de cette section pour faciliter le diagnostic des différents troubles de l'humeur. Il n'existe pas de code spécifique à ces épisodes qui ne peuvent être diagnostiqués comme des entités autonomes ; cependant ce sont les éléments qui sont utilisés pour construire les diagnostics des troubles. La deuxième partie décrit les Troubles de l'humeur (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble bipolaire I). La présence ou l'absence d'un épisode thymique décrit dans la première partie de la section fait partie des critères requis pour la plupart des troubles de l'humeur. La troisième partie comprend les spécifications décrivant l'épisode thymique le plus récent ou l'évolution des épisodes récurrents.

Les Troubles de l'humeur sont divisés en Troubles dépressifs (« dépression unipolaire »), Troubles bipolaires et deux troubles fondés sur une étiologie : Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et Trouble de l'humeur induit par une substance.

Les Troubles dépressifs (c.-à-d. Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique et Trouble dépressif non spécifié) se distinguent des Troubles bipolaires par l'absence d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Les Troubles bipolaires (c.-à-d. Trouble bipolaire I, Trouble bipolaire II, Trouble cyclothymique et Trouble bipolaire non spécifié) comportent la présence (ou des antécédents) d'Épisodes maniaques, d'Épisodes mixtes ou d'Épisodes hypomaniaques accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs.

Le Trouble dépressif majeur est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (c.-à-d. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

Le Trouble dysthymique est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un Épisode dépressif majeur.

Le Trouble dépressif non spécifié a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou Trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

Le Trouble bipolaire I est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'Épisodes dépressifs majeurs.

Le Trouble bipolaire II est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un Épisode hypomaniaque.

Le Trouble cyclothymique est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un Épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un Épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins cieux ans.

Le Trouble bipolaire non spécifié a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

Le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

Le Trouble de l'humeur induit par une substance est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique *de* l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

Le Trouble de l'humeur non spécifié a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre Trouble dépressif non spécifié et Trouble bipolaire non spécifié (p. ex., crise d'agitation).

Les spécifications décrites dans la troisième partie de la section sont destinées à augmenter la spécificité diagnostique, à créer des sous-groupes plus homogènes, à aider au choix thérapeutique et à améliorer les prévisions pronostiques. Certaines spécifications décrivent l'épisode thymique actuel (ou le plus récent) (c.-à-d. **sévérité/psychotique/en rémission)** tandis que d'autres décrivent les caractéristiques de l'épisode actuel (ou de l'épisode le plus récent si l'épisode actuel est en rémission partielle ou complète), (c.-à-d. **chronique avec caractéristiques catatoniques, avec caractéristiques mélancoliques, avec caractéristiques atypiques, avec début lors du post-partum).** Le tableau 1 (p. 472) indique les spécifications de l'épisode correspondant à chaque trouble dépressif codable. D'autres spécifications décrivent l'évolution des épisodes thymiques récurrents (c.-à-d. **spécifications de l'évolution longitudinale, avec caractère saisonnier, avec cycles rapides).** Le tableau 2 (p. 488) indique pour l'évolution quelles spécifications correspondent à chacun des troubles de l'humeur codable. Les spécifications qui indiquent la sévérité, la rémission et les caractéristiques psychotiques, peuvent être codées au niveau du cinquième chiffre du code diagnostique pour la plupart des troubles de l'humeur. Les autres spécifications ne peuvent être codées.

La section des troubles de l'humeur est organisée de la façon suivante :

- **Épisodes thymiques**
  Épisode dépressif majeur (p. 403)
  Épisode maniaque (p. 412)
  Épisode mixte (p. 418)
  Épisode hypomaniaque (p. 421)

- **Troubles dépressifs**
  F3x.x [296.xx] Trouble dépressif majeur (p. 426)
  F34.1 [300.4] Trouble dysthymique (p. 435)
  F32.9 [311] Trouble dépressif non spécifié (p. 440)

- **Troubles bipolaires**
  F3x.x [296.xx] Trouble bipolaire I (p. 441)

F31.8[296.89]Trouble bipolaire II (p. 452)
F34.0 [301.13] Trouble cyclothymique (p. 458)
F31.9[296.80]Trouble bipolaire non spécifié (p. 461)

- **Autres troubles de l'humeur**
  F06.3x [293.83] Trouble de l'humeur dû à... *(indiquer l'affection médicale générale)* (p. 461)
  F1x.8[29x. xx]Trouble de l'humeur induit par une substance (p. 466)
  F39[296.90]Trouble de l'humeur non spécifié (p. 471)

- **Spécifications décrivant la forme clinique de l'épisode thymique actuel (ou du plus récent)**
  léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle, en rémission complète (pour l'Épisode dépressif majeur, p. 473 ; pour l'Épisode maniaque, p. 475 ; pour l'Épisode mixte, p. 477)

- **Spécifications décrivant les caractéristiques de l'épisode actuel (ou du plus récent si l'épisode actuel est en rémission partielle ou complète)**
  chronique (p. 479)
  avec caractéristiques catatoniques (p. 480)
  avec caractéristiques mélancoliques (p. 482)
  avec caractéristiques atypiques (p. 483)
  avec début lors du post-partum (p. 485)

- **Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents Spécifications de l'évolution longitudinale (avec et sans guérison intercurrente)** (p. 487)
  avec caractère saisonnier (p. 489)
  avec cycles rapides (p. 490)

Procédures d'enregistrement pour le Trouble dépressif majeur et les Troubles bipolaire I et bipolaire II

Choisir les codes diagnostiques. Les codes diagnostiques sont choisis comme suit :

Pour le Trouble dépressif majeur :

1. Les trois premiers chiffres (ou caractères) sont F3x. [296].
2. Le quatrième chiffre est ou bien 2 (s'il existe uniquement un Épisode dépressif majeur isolé), ou bien 3 (en présence d'Épisodes dépressifs majeurs récurrents).
3. Le cinquième chiffre précise si tous les critères de l'Épisode dépressif majeur sont remplis, le niveau de sévérité comme suit : 1 pour Sévérité légère, 2 pour Sévérité moyenne, 3 pour Sévère sans caractéristiques psychotiques, 4 pour Sévère avec caractéristiques psychotiques. Si tous les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, le cinquième chiffre indique

1. Les codes du DSM-IV-TR (CIM-9-MC) et ceux de la CIM-10 sont distincts (voir p. 24). Les détails figurant ci-dessous concernent le codage selon la CIM-9-MC

le statut clinique actuel du Trouble dépressif majeur comme suit : 5 pour En rémission partielle, 6 pour En rémission complète. Si le niveau de sévérité ou le statut clinique actuel n'est pas spécifié, on code 0 pour le cinquième chiffre.

Pour le Trouble bipolaire I, Episode maniaque isolé :

1. Les trois premiers chiffres (ou caractères) sont aussi F30 [296].
2. Le quatrième chiffre est 1 en cas d'Épisode maniaque isole. Pour les Épisodes récurrents, le quatrième chiffre précise la nature de l'épisode actuel (ou, si le Trouble bipolaire 1 est actuellement en rémission partielle ou complète, la nature de l'épisode le plus récent) comme suit : 4 si l'épisode actuel ou le plus récent est un Épisode hypomaniaque ou un Épisode maniaque, 6 si c'est un Épisode mixte, 5 si c'est un Épisode dépressif majeur et 7 si l'épisode actuel ou le plus récent est Non spécifié.
3. Le cinquième chiffre (excepté pour le Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent hypomaniaque et Épisode le plus récent non spécifié) précise la sévérité de l'épisode actuel si tous les critères sont remplis pour un Épisode Maniaque, un Épisode mixte ou un Épisode dépressif majeur, comme suit : 1 pour Sévérité légère, 2 pour Sévérité moyenne, 3 pour Sévère sans caractéristiques psychotiques et 4 pour *Sévère* avec caractéristiques psychotiques. Si tous les critères ne sont pas remplis pour un Épisode Maniaque, un Épisode mixte ou un Épisode dépressif majeur, le cinquième chiffre précise la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I comme suit : 5 pour En rémission partielle et 6 pour En rémission complète. Si le niveau de sévérité ou le statut clinique actuel n'est pas spécifié, on code 0 pour le cinquième chiffre. Pour le Trouble bipolaire. Episode le plus récent non spécifié, il n'y a pas de cinquième chiffre.

Pour le Trouble bipolaire II, *le* code diagnostique est 296.89.

Enregistrement du nom du diagnostic. Lorsque l'on enregistre le nom du diagnostic, les termes sont toujours présentés dans l'ordre suivant :

1. Nom du trouble (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble bipolaire).
2. Spécifications codées au niveau du quatrième chiffre (p. ex., Récurrent, Épisode le plus récent maniaque).
3. Spécifications codées au niveau du cinquième chiffre (p. ex., Léger, Sévère avec caractéristiques psychotiques, En rémission partielle).
4. L'ensemble des spécifications (sans codes) se rapportant à l'épisode actuel ou l'épisode le plus récent (p. ex. Avec caractéristiques mélancoliques, Avec début lors du post-partum).
5. L'ensemble des spécifications (sans codes) se rapportant à l'évolution des Épisodes récurrents (p. ex., Avec caractère saisonnier, Avec cycles rapides).

Les exemples suivants illustrent la façon d'enregistrer un diagnostic de trouble de l'humeur avec ses spécifications :

- F33.1[296.32] Trouble dépressif majeur, Récurrent, de Sévérité moyenne, Avec caractéristiques atypiques, Avec caractère saisonnier, Avec guérison intercurrente complète.

- F31.5[296.54] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent dépressif, Sévère avec caractéristiques psychotiques, Avec caractéristiques mélancoliques, Avec cycles rapides.

Épisodes thymiques

Épisode dépressif majeur

Caractéristiques de l'épisode

La caractéristique essentielle de l'Épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. Chez l'enfant ou l'adolescent, l'humeur peut être plutôt irritable que triste. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante : changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice ; réduction de l'énergie ; idées de dévalorisation ou de culpabilité ; difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Pour être pris en compte pour un Épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. L'épisode doit être accompagné d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Lors d'épisodes moins sévères, le fonctionnement de certains sujets peut paraître normal au prix d'efforts notablement accrus.

Au cours d'un Épisode dépressif majeur, l'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage ou « au trente sixième dessous » (Critère A1). Dans certains cas, la tristesse peut être niée au premier abord mais être secondairement mise en évidence lors de l'entretien (p. ex., en faisant remarquer qu'il/elle paraît être sur le point de pleurer). Chez les sujets se plaignant d'un sentiment de « vide », de ne rien ressentir ou de se sentir anxieux, la présence d'une humeur dépressive peut être déduite à partir de l'expression faciale et du comportement. Certains sujets mettent l'accent sur des plaintes somatiques (p. ex., souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur leur sentiment de tristesse. Nombreux sont ceux qui présentent ou rapportent une irritabilité accrue (p. ex., colère persistante, tendance à répondre aux événements par une crise de colère ou en blâmant les autres ou encore sentiments de frustration démesurés pour des problèmes mineurs). Chez les enfants et adolescents, une humeur irritable, grincheuse peut se développer plutôt qu'une humeur triste ou découragée. On doit faire la différence entre ce tableau clinique et un mode de réaction irritable à la frustration de type « enfant gâté ».

La perte d'intérêt et de plaisir est pratiquement toujours présente, au moins à un certain degré. Certains sujets rapportent une diminution de leur intérêt pour les loisirs qui ne leur disent plus rien », ou n'éprouvent plus aucun plaisir pour des activités antérieurement considérées comme agréables (Critère A2). Les membres de la famille

remarquent souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions agréables (p. ex., un joueur de golf fanatique qui arrête de jouer ; un enfant qui avait l'habitude de prendre plaisir à jouer au football trouve des excuses pour ne plus jouer). Chez certaines personnes, on retrouve une diminution marquée des intérêts ou du désir sexuel par rapport au niveau antérieur.

L'appétit est habituellement diminué et nombreux sont ceux qui rapportent avoir l'impression d'être obligés de se forcer pour manger. D'autres, en particulier parmi les patients ambulatoires, peuvent présenter une augmentation de l'appétit et ressentir un désir intense pour certains aliments (p. ex., sucreries et autres hydrates de carbone). Quand les changements d'appétit sont très importants (dans un sens ou dans un autre), il peut exister une perte ou un gain de poids significatif ou, chez l'enfant, l'impossibilité d'atteindre le poids normal pour l'âge (Critère A3).

Le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'Épisode dépressif majeur est l'insomnie (Critère A4). L'insomnie du milieu de la nuit (c.-à-d. réveil durant la nuit et difficulté à se rendormir) ou l'insomnie du matin (c.-à-d. réveil précoce et impossibilité de se rendormir) sont typiques. Une insomnie d'endormissement (c.-à-d. difficulté à s'endormir) peut également se produire. Plus rarement, certaines personnes présentent une hypersomnie sous la forme d'un sommeil nocturne prolongé ou d'une augmentation du sommeil diurne. Les troubles du sommeil sont parfois la raison de la demande de soins.

Les modifications psychomotrices comprennent une agitation (p. ex. impossibilité de rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulation et friction de la peau, des vêtements ou d'autres objets) ou un ralentissement (p. ex. lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, augmentation du temps de pause avant de répondre, diminution du volume, de la modulation vocale, de la quantité ou de la variété du contenu du discours ou mutisme) (Critère A5). L'agitation psychomotrice ou le ralentissement doit être assez sévère pour être observable par les autres et ne pas représenter seulement un sentiment subjectif.

Une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue sont fréquentes (Critère A6). Une fatigue continue, sans rapport avec un effort physique, peut être rapportée. Les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. L'efficience dans l'accomplissement des tâches peut être réduite., un individu peut se plaindre que sa toilette et l'habillage du matin sont épuisants et prennent deux fois plus longtemps que l'habitude.

Le sentiment de dévalorisation ou la culpabilité attachés à un Épisode dépressif majeur peuvent s'exprimer par une évaluation négative irréaliste qu'a la personne de sa propre valeur ou des sentiments excessifs de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées mineures (Critère A7). Fréquemment, ces personnes interprètent à tort des événements neutres ou triviaux comme la preuve d'une déficience personnelle et ont un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux. Ainsi, un agent immobilier peut développer des idées d'auto-accusation parce qu'il ne réalise pas de vente alors qu'il existe une dépression générale du marché et que d'autres agents sont eux aussi incapables de réaliser des ventes. Le sentiment de dévalorisation et la culpabilité peuvent atteindre une dimension délirante (p. ex., une personne convaincue qu'elle est responsable de la pauvreté clans le monde). A moins d'être délirant, le fait de se reprocher d'être malade ou de ne pas assumer ses responsabilités professionnelles ou interpersonnelles, à cause de la dépression très fréquente, n'est pas considéré comme suffisant pour remplir ce critère.

Beaucoup rapportent une altération de leur capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions (Critère AS). Ils peuvent être aisément distractibles ou se plaindre de troubles de la mémoire. Des difficultés de concentration même légères peuvent empêcher ceux qui font des études ou ont une activité professionnelle très exigeante sur le plan intellectuel d'assurer leur travail de façon adéquate (p. ex. un programmeur informatique ne peut plus réaliser des tâches complexes qu'il assurait auparavant). Chez l'enfant, une chute rapide des notes peut refléter une concentration difficile. Chez les sujets âgés présentant un Épisode dépressif majeur, les troubles de la mémoire peuvent être la plainte principale et ne doivent pas être confondus avec des signes d'entrée dans la démence (« pseudo-démence »). Quand l'Épisode dépressif majeur est traité avec succès, les difficultés *de* mémoire disparaissent souvent complètement. Cependant, chez certains sujets âgés, un Épisode dépressif majeur peut parfois correspondre au tableau initial d'une démence irréversible.

Les idées de mort, l'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide sont fréquentes (Critère A9). Ces idées vont de la croyance que les autres seraient mieux si l'on était mort aux idées *de* suicide transitoires mais récurrentes, à de véritables plans spécifiques sur la façon de se suicider. La fréquence, l'intensité, la létalité potentielle de ces pensées peuvent être très variables. Les personnes les moins suicidaires peuvent rapporter des idées transitoires (une à deux minutes) et récurrentes (une ou deux fois par semaine). Les personnes plus gravement suicidaires peuvent s'être procuré de quoi commettre l'acte suicidaire (p. ex. une corde ou une arme) et peuvent avoir identifié le lieu et le moment où ils seront isolés des autres afin d'accomplir leur suicide. Bien que ces comportements soient statistiquement associés aux tentatives de suicide et qu'ils permettent de repérer un groupe à haut risque, de nombreuses études ont montré qu'il n'était pas possible de prédire avec précision si et quand une tentative de suicide allait être commise par un sujet déprimé. Les motivations pour se suicider peuvent être associées à un désir (le « laisser tomber » devant des obstacles considérés comme insurmontables ou à une intense envie de mettre fin à un état émotionnel atrocement douloureux perçu par la personne comme ne pouvant avoir de fin.

On ne fait pas le diagnostic d'Épisode dépressif majeur si les symptômes répondent aux critères d'un Épisode mixte (Critère B). L'Épisode mixte est caractérisé par la présence presque tous les jours pendant une durée d'au moins une semaine (les symptômes d'un Épisode maniaque et d'un Épisode dépressif majeur.

Le niveau d'altération fonctionnelle associée à l'Épisode dépressif majeur est variable, mais même en cas de sévérité légère, il doit exister une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère C).

Si l'altération est sévère le sujet peut perdre toute possibilité de fonctionnement social ou professionnel. Dans des cas extrêmes le sujet peut être incapable de prendre soin de lui même (p. ex. : se nourrir ou s'habiller seul) ou de conserver un minimum d'hygiène personnelle.

Un interrogatoire soigneux est essentiel pour mettre en évidence les symptômes d'un Épisode dépressif majeur. Les réponses du sujet peuvent être altérées par des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, une tendance à nier, à sous-estimer ou à expliquer autrement les symptômes. D'autres sources d'information peuvent être extrêmement utiles pour éclaircir l'évolution d'un Épisode dépressif majeur actuel ou passé et pour évaluer l'existence d'Épisodes maniaques ou hypomaniaques antérieurs. Les Épisodes dépressifs majeurs pouvant se développer progressivement, une évaluation centrée sur la période la plus sévère de l'épisode

actuel permet de détecter plus facilement l'existence des symptômes. Évaluer la présence des symptômes d'un Épisode dépressif majeur est particulièrement difficile lorsqu'ils surviennent chez un sujet souffrant d'une affection médicale générale (p. ex., cancer, accident cardio-vasculaire, infarctus du myocarde, diabète). Parmi les critères d'un Épisode dépressif majeur, certains symptômes sont identiques à ceux d'une affection médicale générale (p. ex., perte de poids chez un diabétique non traité ou fatigue chez un patient atteint d'un cancer). De tels symptômes doivent être pris en compte pour le diagnostic d'Épisode dépressif majeur sauf s'ils sont, à l'évidence, complètement expliqués par l'affection médicale générale. Ainsi on ne doit pas prendre en compte pour le diagnostic d'Épisode dépressif majeur une perte de poids chez un sujet souffrant de colite ulcéreuse qui a des selles nombreuses et une alimentation restreinte. À l'inverse, en cas d'infarctus du myocarde récent, si une tristesse, une culpabilité, une insomnie ou une perte de poids sont présentes, ces symptômes seront pris en compte dans le cadre d'un Épisode dépressif majeur car ils ne sont pas clairement et entièrement expliqués par les conséquences physiologiques d'un infarctus du myocarde. De même, on ne prend pas en compte pour le diagnostic d'Épisode dépressif majeur les symptômes clairement dus à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur (p. ex. : une perte de poids de 30 kg chez un sujet qui ne mange pas dans le cadre d'un délire d'empoisonnement).

Par définition, un Épisode dépressif majeur n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., en cas d'Intoxication par l'alcool ou de Sevrage à la cocaïne), aux effets secondaires de médicaments ou de traitements (p. ex., stéroïdes) ou à l'exposition à une substance toxique. De même l'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie) (Critère D). Enfin, lorsque les symptômes débutent au cours des deux mois suivant la perte d'un être cher et ne persistent pas après ces deux mois on considère en général qu'ils font partie du Deuil (voir p. 852) sauf s'ils sont associés à une altération fonctionnelle marquée ou s'ils comprennent des préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur (Critère E).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. En cas d'Épisode dépressif majeur les sujets présentent souvent une tendance à pleurer, à broyer du noir, une irritabilité, des ruminations obsessionnelles, une anxiété, des phobies, des préoccupations excessives sur leur santé physique et des douleurs (p. ex., céphalées, douleurs dans les articulations, l'abdomen ou autres). Certains sujets présentent au cours d'un Épisode dépressif majeur des Attaques de panique dont l'allure clinique répond aux critères du Trouble panique. Chez l'enfant, une anxiété de séparation peut apparaître. Certains éprouvent des difficultés dans leurs relations intimes, des relations sociales moins satisfaisantes ou des difficultés sexuelles (p. ex., orgasme chez la femme, difficultés d'érection chez l'homme). Il peut exister des difficultés conjugales (p. ex., divorce), des difficultés professionnelles (p. ex., perte du travail), des difficultés scolaires (p. ex., absentéisme, échec scolaire), un Abus d'alcool ou à d'autres substances ou une augmentation de l'utilisation des services de santé. Les conséquences les plus graves d'un Épisode dépressif majeur sont la tentative de suicide ou le suicide. Le risque suicidaire est particulièrement élevé chez les sujets présentant des caractéristiques psychotiques, des antécédents suicidaires, des antécédents familiaux de suicide ou une

utilisation simultanée d'une substance. On peut observer une surmortalité associée aux affections médicales générales. Un événement psychosocial traumatisant précède souvent l'Épisode dépressif majeur (p. ex., la mort d'un être cher, une séparation conjugale, un divorce). *Une* naissance peut précipiter la survenue d'un Épisode dépressif majeur. Dans ce cas la spécification Avec début lors du post-partum est notée (voir p. 485).

Examens complémentaires. Aucun examen complémentaire permettant le diagnostic d'Épisode dépressif majeur n'a été identifié. Cependant de nombreux examens complémentaires ne sont pas normaux chez les sujets présentant un Épisode dépressif majeur par rapport à des sujets contrôles. Les mêmes anomalies ont été apparemment retrouvées chez les sujets présentant un Épisode dépressif majeur, que leur Tr soit dépressif majeur, bipolaire I ou bipolaire II. La plupart des anomalies dépendent de l'état du sujet (c.-à-d. sont modifiées par la présence ou l'absence de symptômes dépressifs) ; certaines peuvent cependant précéder le début de l'épisode ou persister après sa rémission. 1.a probabilité d'examens complémentaires anormaux est plus élevée chez les sujets les plus gravement déprimés et chez ceux présentant un épisode avec mélancolie ou avec caractéristiques psychotiques.

Parmi les sujets présentant un Épisode dépressif majeur on peut trouver des anomalies de MEG de sommeil chez 40-60 % des patients ambulatoires et jusqu'à 90 % des patients hospitalisés.

Les résultats polysomnographiques les plus fréquemment associés comprennent 1) des troubles de la continuité du sommeil tels qu'une latence d'endormissement prolongée, une augmentation de l'éveil intermittent, un réveil matinal précoce ; 2) une réduction des stades 3 et 4 du sommeil non paradoxal[1] avec un décalage de l'activité lente de la première période non paradoxale vers les périodes suivantes ; 3) une diminution de la latence d'apparition du sommeil paradoxal (c.-à-d. un raccourcissement de la première période de sommeil non paradoxal) ; 4) une augmentation de l'activité phasique des mouvements oculaires rapides (c.-à-d. le nombre de mouvements oculaires pendant le sommeil paradoxal) ; 5) l'augmentation de la durée du sommeil paradoxal en début *de* nuit. Certains résultats montrent que ces anomalies persistent parfois après la rémission clinique ou peuvent précéder le début du premier Épisode dépressif majeur chez ceux qui ont un risque élevé de développer un Trouble de l'humeur (p. ex., apparentés de premier degré à des personnes présentant un Trouble dépressif majeur).

La pathophysiologie d'un Épisode dépressif majeur peut impliquer un dérèglement de plusieurs systèmes de neurotransmetteurs et plus particulièrement les systèmes sérotoninergiques, noradrénergiques, dopaminergiques, cholinergiques et GABAergiques. Il existe aussi des altérations de certains neuropeptides comme les hormones libératrices de corticostimuline (CRH). Chez certains déprimés, des troubles hormonaux ont été observés à type d'augmentation de la sécrétion de glucocorticoïdes (p. ex., augmentation des taux de cortisol libre urinaire ou freinage du cortisol plasmatique lors du test à la déxaméthasone) et d'émoussement de la réponse de l'hormone de croissance, de l'hormone thyréotrope (TSH) et de la prolactine à différents tests de stimulation. Les études d'imagerie fonctionnelle montrent des altérations du flux

1. : NREM stages : *Non Rapid Eye Movement stages.* Les stages du sommeil « Nom-REM » sont habituellement qualifiés en France de sommeil « non-paradoxal », le sommeil à mouvements oculaires rapides étant lui, qualifié de sommeil «paradoxal» (N.d.T).

sanguin cérébral et du métabolisme chez certains sujets, avec une augmentation du flux dans les régions limbiques et paralimbiques et une diminution dans le cortex préfrontal latéral. Les dépressions à début tardif, chez le sujet âgé, sont associées à des altérations de la structure cérébrale telles que des modifications vasculaires péri-ventriculaires. Aucune de ces modifications n'est présente chez toutes les personnes ayant un Épisode dépressif majeur de même qu'aucune de ces anomalies n'est spécifique de la dépression.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La culture peut influencer l'éprouvé et l'expression des symptômes dépressifs. On peut réduire les erreurs diagnostiques si l'on est attentif aux spécificités ethniques et culturelles des plaintes exprimées au cours d'un Épisode dépressif majeur. La dépression peut ainsi être vécue plutôt en ternies somatiques qu'en termes de tristesse ou de culpabilité dans certaines cultures.

L'éprouvé dépressif peut être exprimé principalement à travers des plaintes somatiques, plutôt qu'à travers la tristesse et la culpabilité, concernant les « nerfs » et des céphalées (culture latine et méditerranéenne), une faiblesse, une fatigue, un « déséquilibre » (culture chinoise et asiatique), des problèmes avec le « coeur » (culture moyen orientale) ou le « cœur brisé » (chez les Hopi). Ces types de présentation mêlent les caractéristiques des Troubles dépressifs, anxieux et somatoformes. La culture peut aussi influencer les appréciations concernant la gravité de l'éprouvé dysphorique ou son expression (p. ex., on peut accorder plus d'importance à l'irritabilité qu'à la tristesse ou au retrait). Il ne faut pas confondre des expériences culturelles spécifiques (p. ex. : peur d'attirer la malchance ou d'être ensorcelé, sensations de « chaleur dans la tête », sensations de grouillement de vers ou de fourmis ou sentiment intense d'être visité par les morts) avec des idées délirantes ou des hallucinations qui peuvent faire partie d'un Épisode dépressif majeur Avec caractéristiques psychotiques. Il est aussi capital que le clinicien n'invalide pas systématiquement un symptôme simplement parce qu'il le considère comme « normal » clans une culture donnée.

Les symptômes nucléaires de l'Épisode dépressif majeur sont les mêmes chez l'enfant et l'adolescent, bien que certaines données suggèrent que les symptômes caractéristiques les plus marquants puissent changer en fonction de l'âge. Certains symptômes comme les plaintes somatiques, l'irritabilité ou le retrait social sont particulièrement courants chez l'enfant alors que le ralentissement psychomoteur, l'hypersomnie, les idées délirantes sont moins courants avant la puberté que chez l'adolescent ou l'adulte. Chez l'enfant prépubère, les Épisodes dépressifs majeurs sont plus fréquemment associés à d'autres troubles mentaux (en particulier Comportement perturbateur, Déficit de l'attention/ hyperactivité et Troubles anxieux) qu'isolés. Chez l'adolescent, les épisodes dépressifs majeurs sont fréquemment associés aux Comportements perturbateurs, au Déficit de l'attention/hyperactivité, aux Troubles anxieux, aux Troubles liés à une substance et aux Troubles du comportement alimentaire. Chez les sujets âgés, les symptômes cognitifs (p. ex., désorientation, troubles de la mémoire et troubles de l'attention) peuvent être particulièrement marqués.

Les femmes ont un risque significativement plus important que les hommes de développer un Épisode dépressif majeur à un moment quelconque de leur vie, avec de grandes différences entre les études réalisées aux États-Unis et celles réalisées en Europe. L'augmentation différentielle du risque apparaît au cours de l'adolescence et peut coïncider avec le début de la puberté. Par la suite, une proportion significative de

femmes rapporte une aggravation des symptômes d'un Épisode dépressif majeur plusieurs jours avant le début de leurs règles. Des études indiquent que des Épisodes dépressifs surviennent deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Voir à ce sujet les sections correspondant au Trouble dépressif majeur (p. 426), bipolaire I (p. 441) et bipolaire II (p. 452) pour des informations spécifiques sur le sexe.

Évolution

Les symptômes d'un Épisode dépressif majeur complet se développent habituellement en quelques jours ou en quelques semaines. Parfois, une période prodromique avec des symptômes anxieux et/ou dépressifs légers peut durer plusieurs semaines voire plusieurs mois avant le début d'un Épisode dépressif majeur remplissant tous les critères.

La durée de l'Épisode est elle-même variable. Un épisode non traité dure habituellement quatre mois ou plus, sans relation avec l'âge de début. Dans la majorité des cas, on observe une rémission complète des symptômes avec retour au fonctionnement prémorbide. Dans une proportion significative de cas (environ 20 à 30 %) certains symptômes dépressifs qui ne répondent pas aux critères d'Épisode dépressif majeur peuvent persister pendant des mois voire des années et être associés à un certain degré d'incapacité ou de souffrance (la spécification en rémission partielle est alors notée ; p. 474). Une rémission partielle après un Épisode semble prédire la même évolution après les Épisodes ultérieurs. Chez certains sujets (5-10 %) l'ensemble des critères pour un Épisode dépressif majeur sont présents pendant deux ans ou plus (dans ce cas la spécification chronique doit être notée ; voir p. 479).

Diagnostic différentiel

Un Épisode dépressif majeur doit être distingué d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale est approprié si l'on juge que la perturbation thymique est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale particulière (p. ex. sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, hyperthyroïdie) (voir p. 461). Ce jugement est fondé sur les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Lorsque l'Épisode dépressif majeur et l'affection médicale générale coexistent mais que les symptômes dépressifs ne sont pas considérés comme la conséquence physiologique directe de l'affection médicale générale, le Trouble de l'humeur primaire est codé sur l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur) et l'affection médicale générale est codée sur l'Axe III (p. ex., Infarctus du myocarde). A titre d'exemple, il en est ainsi lorsque l'on considère que l'affection médicale générale a eu pour conséquence psychologique la survenue d'un Épisode dépressif majeur ou qu'il n'existe pas de relation étiologique entre l'Épisode dépressif majeur et l'affection médicale générale.

On distingue un **Trouble de l'humeur induit par une substance** d'un Épisode dépressif majeur du fait que l'on établit une relation étiologique entre la substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, une substance toxique) et la perturbation thymique (voir p. 466). : une humeur dépressive ne se manifestant qu'au cours d'un sevrage à la cocaïne sera diagnostiquée comme Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques dépressives, avec début au cours du sevrage.

Chez les personnes âgées, il est souvent difficile de déterminer si les symptômes cognitifs (p. ex., désorientation, apathie, difficultés rie concentration, perte de

mémoire) sont mieux expliqués par une **démence** ou par un Épisode dépressif majeur. Pour faire cette distinction, un examen médical soigneux, une exploration du début des troubles, l'évaluation de la séquence d'apparition des symptômes dépressifs et cognitifs, l'évolution de la maladie et la réponse au traitement sont utiles. L'état prémorbide du sujet peut aider à différencier un Épisode dépressif majeur d'une clémence. Au cours d'une démence on note habituellement un déclin progressif des fonctions cognitives alors que les sujets présentant un Épisode dépressif majeur ont beaucoup plus souvent un état prémorbide relativement normal, un déclin brutal des fonctions cognitives étant associé à l'état dépressif.

Il peut être difficile de distinguer les Épisodes dépressifs majeurs avec humeur irritable au premier plan des **Épisodes maniaques avec humeur irritable** ou des **Épisodes mixtes.** Cette distinction nécessite une exploration soigneuse de la présence de symptômes maniaques. Si les critères d'un Épisode dépressif à l'exception des deux semaines habituellement exigées et ceux d'un Épisode maniaque sont présents conjointement presque tous les jours, pendant au moins une semaine, il s'agit d'un Épisode mixte.

Une distractibilité et un seuil de tolérance à la frustration bas peuvent survenir à la fois au cours d'un **Déficit de l'attention/hyperactivité** et d'un Épisode dépressif majeur. Si les critères des deux troubles sont remplis, un Déficit de l'attention/hyperactivité doit être diagnostiqué en plus du Trouble de l'humeur. Le clinicien doit cependant faire attention à ne pas diagnostiquer abusivement un Épisode dépressif majeur chez des enfants présentant un Déficit de l'attention/hyperactivité dont l'humeur est caractérisée par une irritabilité plutôt que par une tristesse ou une perte d'intérêt.

On distingue un Épisode dépressif majeur survenant en réponse à un traumatisme psychosocial d'un **Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive** car les Troubles de l'adaptation ne répondent pas aux critères de l'Épisode dépressif majeur. A la suite de la perte d'un être cher on doit porter un diagnostic de **Deuil** plutôt que celui d'Épisode dépressif majeur même si le nombre et la durée des symptômes répondent aux critères, sauf s'ils persistent pendant plus de deux mois ou s'il existe une altération fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides de dévalorisation, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

Enfin l'existence de **périodes de tristesse** fait partie intégrante de l'expérience humaine. On ne doit pas porter le diagnostic d'Épisode dépressif majeur pour ces périodes si elles ne remplissent pas les critères de sévérité (c.-à-d. cinq parmi les neuf symptômes), de durée (c.-à-d. pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines) et de souffrance ou d'altération fonctionnelle cliniquement significatives. Le diagnostic de **Trouble dépressif non spécifié** est approprié pour les cas où l'humeur dépressive entraîne une altération fonctionnelle cliniquement significative mais sans répondre aux critères de durée ou de sévérité.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 comprennent 10 items (la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité inappropriée). La CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité d'un Épisode dépressif majeur : le seuil pour l'Épisode léger est de 4 symptômes sur 10, de 6 symptômes sur 10 pour l'épisode moyen et de 8 symptômes

sur 10 pour l'épisode sévère. De plus l'algorithme lui-même diffère en ce qu'il exige la présence d'au moins 2 parmi les symptômes suivants — humeur dépressive, perte d'intérêt, et diminution de l'énergie — pour les épisodes dépressifs légers et moyens, et la présence des 3 symptômes pour l'épisode dépressif sévère.

Pour la CIM-10 l'épisode avec caractéristiques psychotiques exclut les symptômes de 1er rang et les idées délirantes.

Critères d'un Épisode dépressif majeur

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

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

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

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

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

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

(suite)

☐ Critères d'un Épisode dépressif majeur *(suite)*

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'Épisode mixte (voir p. 421).

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

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

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

Épisode maniaque

Caractéristiques de l'épisode

Un Épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable. Cette période de perturbation de l'humeur doit durer au moins une semaine (ou moins si une hospitalisation est nécessaire) (Critère A). La perturbation de l'humeur doit être accompagnée d'au moins trois des symptômes associés suivants : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur, réduction du besoin *de* sommeil, logorrhée, fuite des idées, distractibilité, engagement accru dans des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice, et engagement excessif dans des activités agréables à potentiel élevé de conséquences dommageables. Si l'humeur est irritable (plutôt qu'exaltée ou expansive), au moins quatre des symptômes décrits ci-dessus doivent être présents (Critère B). Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un Épisode mixte, caractérisé par la présence à la fois des symptômes d'un Épisode maniaque et d'un Épisode dépressif majeur, survenant presque tous les jours pendant au moins une semaine (Critère C). La perturbation de l'humeur doit être suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou pour nécessiter une hospitalisation, ou présenter des caractéristiques psychotiques (Critère D). L'épisode ne doit pas être dû aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'autres traitements somatiques de la dépression (p. ex., la sismothérapie ou la photothérapie) ou d'une exposition à une substance toxique. L'épisode ne doit pas non plus être dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale (p. ex., une sclérose en plaques ou une tumeur cérébrale) (Critère E).

L'humeur au cours d'un Épisode maniaque peut être décrite comme euphorique, inhabituellement bonne, gaie ou élevée. Bien que l'humeur du sujet puisse être initialement contagieuse pour un observateur extérieur, elle est reconnue comme excessive par ceux qui connaissent bien la personne. La qualité expansive de l'humeur est caractérisée par un enthousiasme permanent et non sélectif pour les relations interpersonnelles, sexuelles ou professionnelles. Une personne peut engager spontanément des conversations prolongées avec des inconnus dans des lieux publics, ou un vendeur peut démarcher au téléphone des inconnus chez eux tôt le matin. Bien que l'élévation de l'humeur soit considérée comme le symptôme le plus typique, le trouble prédominant de l'humeur peut être l'irritabilité, en particulier lorsque la personne est contrariée dans ses désirs. Une labilité de l'humeur (p. ex., l'alternance entre l'euphorie et l'irritabilité) est fréquemment observée.

Il existe typiquement une augmentation de l'estime de soi, pouvant aller d'une confiance aveugle en soi-même à des idées de grandeur caractérisées, parfois franchement délirantes (Critère B1). Les personnes peuvent donner leur avis sur des sujets pour lesquels ils n'ont aucune compétence particulière (p. ex., comment diriger les Nations Unies). Malgré l'absence de toute expérience ou de talent spécifiques, le sujet peut commencer à écrire un roman, composer une symphonie, ou chercher à promouvoir une invention irréalisable. Les idées délirantes de grandeur sont courantes (p. ex., avoir une relation privilégiée avec Dieu ou avec une personnalité publique politique, religieuse ou du monde du spectacle).

Il existe presque toujours une réduction du besoin de sommeil (Critère B2). La personne se réveille plusieurs heures avant son heure habituelle, se sentant pleine d'énergie. Lorsque le trouble du sommeil est sévère, la personne peut rester plusieurs jours sans dormir du tout, sans, pourtant, se sentir fatiguée.

L'expression verbale maniaque est typiquement pressante, bruyante, rapide et difficile à interrompre (Critère B3). La personne peut parler sans interruption, parfois pendant des heures, sans tenir compte du désir des autres de s'exprimer. Le discours est parfois riche en blagues, jeux de mots et cocasseries inadaptées. Le sujet peut devenir théâtral, avec un maniérisme et des chants spectaculaires. Le choix des mots peut être plus guidé par leur sonorité que par des relations conceptuelles liées au sens (c.-à.-d. associations par assonances). Si l'humeur de la personne est plus irritable qu'expansive, son discours peut être marqué par des plaintes, des commentaires hostiles ou des tirades coléreuses.

La pensée peut s'emballer, souvent à une vitesse telle qu'elle ne peut être énoncée (Critère B4). Certaines personnes, lors d'un Épisode *maniaque, disent* avoir *l'impression* de regarder deux ou trois émissions de télévision en même temps. Il existe souvent une fuite des idées révélée par le flot presque continu d'un discours rapide, avec des changements brusques d'un sujet à un autre. En parlant d'une vente possible d'ordinateurs, un vendeur peut dévier la conversation vers une description très détaillée de l'histoire des puces informatiques, de la révolution industrielle ou des mathématiques appliquées. Lorsque la fuite des idées est importante, le discours peut devenir désorganisé et incohérent.

La distractibilité (Critère B5) est révélée par l'incapacité à filtrer les stimuli externes non pertinents (p. ex., la cravate de l'interlocuteur, des bruits ou des conversations de fond, ou des meubles dans la pièce). II peut exister une diminution de la capacité à différencier les pensées pertinentes de pensées seulement partiellement adaptées ou manifestement inadaptées.

L'hyperactivité orientée vers un but implique souvent des projets excessifs et un engagement dans de multiples activités (p. ex., sexuelles, professionnelles, politiques ou religieuses) (Critère B6). Une augmentation des désirs, des fantasmes, des comportements sexuels est souvent rencontrée. La personne peut s'engager en même temps dans de nombreuses affaires nouvelles et hasardeuses, sans prendre en compte ni les risques apparents ni la nécessité de conclure chaque affaire correctement. La sociabilité est presque toujours accrue (p. ex., renouer avec d'anciennes relations ou téléphoner à des amis ou même à des inconnus à toute heure du jour et de la nuit), sans prendre en considération le caractère intrusif, tyrannique et exigeant de ces relations. Les sujets déploient souvent une agitation psychomotrice ou expriment leur fébrilité en faisant les cent pas ou en menant plusieurs conversations simultanément (p. ex., au téléphone et de vive voix en même temps). Certaines personnes écrivent des quantités de lettres sur de nombreux sujets différents à des amis, des personnalités publiques ou aux médias.

L'expansivité, l'optimisme injustifié, les idées de grandeur, et les troubles du jugement conduisent souvent à des engagements imprudents dans des activités agréables telles que des achats extravagants, une conduite automobile dangereuse, des investissements commerciaux insensés, ou un comportement sexuel inhabituel pour le sujet, même si ces activités peuvent avoir des conséquences dommageables (Critère B7). La personne peut acheter de nombreux articles dont elle n'a pas besoin (p. ex., 20 paires de chaussures ou des pièces (l'antiquité coûteuses), alors qu'elle n'a pas assez d'argent pour les payer. Les comportements sexuels inhabituels peuvent comporter des infidélités ou des aventures sexuelles non sélectionnées avec n'importe qui.

L'altération résultant du trouble doit être suffisamment importante pour altérer nettement le fonctionnement ou pour nécessiter une hospitalisation afin de protéger le sujet des conséquences néfastes de ses troubles du jugement (p. ex., des pertes financières, des activités illégales, une perte (l'emploi, un comportement agressif). Par définition, la présence de caractéristiques psychotiques au cours d'un Épisode maniaque implique une altération marquée du fonctionnement (Critère D).

Des symptômes semblables à ceux rencontrés au cours des Épisodes maniaques peuvent être dus aux effets directs d'un médicament antidépresseur, de la sismothérapie, de la photothérapie ou de traitements prescrits pour d'autres maladies somatiques (p. ex., des corticoïdes). De tels tableaux ne sont pas considérés comme des Épisodes maniaques et ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I. Si un sujet présentant un Trouble dépressif récurrent développe des symptômes maniaques à la suite d'un traitement antidépresseur, l'épisode est diagnostiqué comme un Trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques maniaques, et il n'y a pas passage du diagnostic de Trouble dépressif majeur à celui de Trouble bipolaire I. Certaines données suggèrent l'existence d'une « diathèse » bipolaire chez les sujets développant des épisodes (l'allure maniaque à la suite de traitements antidépresseurs somatiques. De tels sujets peuvent avoir un risque accru d'Épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques ultérieurs sans rapport avec des médicaments ou des traitements somatiques antidépresseurs. Ce problème peut être particulièrement important chez les enfants et les adolescents.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Souvent, les personnes présentant un Épisode maniaque ne se reconnaissent pas comme malades et

refusent toute tentative de traitement. Elles peuvent déménager de manière impulsive, perdant le contact avec leurs proches et ceux qui les aident. Elles peuvent changer d'habillement, de maquillage ou d'apparence physique pour se donner un style sexuellement plus suggestif ou extrêmement extravagant, qui ne correspond pas à leur caractère. Elles peuvent s'engager clans des activités désorganisées ou bizarres (p. ex., la distribution de bonbons, d'argent ou de conseils à des passants inconnus). Le jeu ou des comportements antisociaux peuvent accompagner un Épisode maniaque. Les principes éthiques peuvent être négligés même par des personnes habituellement très consciencieuses (p. ex., un agent de change qui achète et vend des titres de manière inappropriée à l'insu et sans l'autorisation du client ; un scientifique qui s'attribue les découvertes d'un autre). Le sujet peut être hostile et menaçant a l'égard des autres. Certaines personnes, notamment lorsqu'il existe des caractéristiques psychotiques, peuvent devenir physiquement agressives ou suicidaires. Les conséquences dommageables d'un Épisode maniaque (p. ex., une hospitalisation sous contrainte, des problèmes avec la loi, ou de sérieuses difficultés financières) résultent souvent des troubles du jugement ou de l'hyperactivité. Lorsqu'ils sont sortis de leur Épisode maniaque, la plupart des sujets regrettent les comportements qu'ils ont eus lors de l'épisode. Certaines personnes décrivent une perception plus aiguë des odeurs, des sons ou des stimuli visuels (p. ex., les couleurs apparaissant très lumineuses). Lorsque des symptômes catatoniques (tels que stupeur, mutisme, négativisme ou posture catatonique) sont présents, la spécification « Avec caractéristiques catatoniques » doit être indiquée (voir p. 480).

L'humeur peut varier rapidement de la colère à la dépression. Les symptômes dépressifs peuvent persister quelques instants, quelques heures, ou plus rarement des jours entiers. Il n'est pas exceptionnel que les symptômes dépressifs et maniaques surviennent simultanément. Si les critères d'un Épisode dépressif majeur et d'un Épisode maniaque sont nettement présents conjointement tous les jours pendant au moins une semaine, l'épisode est considéré comme un Épisode mixte (voir p. 418). Pendant un Épisode maniaque, il existe souvent une augmentation nette de la consommation d'alcool, qui peut aggraver ou prolonger l'épisode.

Examens complémentaires. Aucun examen complémentaire n'a pu être retenu comme avant une valeur diagnostique. Cependant, un certain nombre de résultats anormaux a été constaté dans des groupes de sujets souffrant d'un Épisode maniaque par rapport à des sujets témoins. Des anomalies polysomnographiques et une augmentation de la sécrétion du cortisol ont pu être observées au cours d'Épisodes maniaques, ainsi qu'une absence de freinage au test à la dexaméthasone. Des anomalies touchant les neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine, acétylcholine, dopamine et acide gamma-aminobutyrique) peuvent exister, comme l'ont montré des études portant sur les métabolites des neurotransmetteurs, le fonctionnement des récepteurs, les tests pharmacologiques et les fonctions neuroendocriniennes.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les aspects culturels évoqués au sujet des Épisodes dépressifs majeurs peuvent l'être également pour les Épisodes maniaques (voir p. 408). Les Épisodes maniaques chez les adolescents ont plus souvent tendance à comporter des caractéristiques psychotiques et peuvent être associés à un absentéisme scolaire, à des comportements antisociaux. à un échec scolaire ou à une utilisation de substances. Une minorité

non négligeable d'adolescents semble avoir des antécédents de troubles durables du comportement avant le début d'un Épisode maniaque franc. On ne sait pas si ces problèmes constituent une forme prodromique prolongée de Trouble bipolaire ou un trouble indépendant. Se reporter aux chapitres concernant le Trouble bipolaire (p. 441) et le Trouble bipolaire II (p. 452) pour des informations spécifiques sur les caractéristiques liées au sexe.

Évolution

L'âge moyen de survenue d'un premier Épisode maniaque se situe au début de la 3e décennie mais certains cas débutent à l'adolescence et d'autres après l'âge de 50 ans. Les Épisodes maniaques débutent typiquement de façon soudaine, avec une aggravation symptomatique rapide, en quelques jours. Les Épisodes maniaques font fréquemment suite à des stress psychosociaux. Les épisodes (lurent habituellement de quelques semaines à plusieurs mois, sont plus brefs et se terminent de façon plus brusque que les Épisodes dépressifs majeurs. Dans de nombreux cas (50-60 %), un Épisode dépressif majeur précède ou suit immédiatement un Épisode maniaque, sans période normothymique intercalée. Si l'Épisode maniaque survient dans la période du post-partum, il peut exister un risque de récidive après les grossesses ultérieures et la spécification « Avec début lors du post-partum » (voir p. 485) doit être indiquée.

Diagnostic différentiel

Un Épisode maniaque doit être différencié d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale si la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'un facteur organique spécifique (p. ex., une sclérose en plaques, une tumeur cérébrale ou un syndrome de Cushing) (voir p. 461). Cette évaluation est fondée sur les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Si l'on considère que les symptômes maniaques ne sont pas la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, le Trouble de l'humeur primaire est enregistré sur l'Axe I (p. ex., un Trouble bipolaire I) et l'affection organique est enregistrée sur l'Axe III (p. ex., infarctus du myocarde). La survenue tardive d'un premier Épisode maniaque (p. ex., après l'âge de 50 ans) doit alerter le clinicien sur l'éventualité d'un facteur étiologique organique ou lié à une substance.

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue d'un Épisode maniaque par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement au Trouble de l'humeur (voir p. 466). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode maniaque peuvent être déclenchés par la prise d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., des symptômes maniaques qui surviennent uniquement dans le contexte d'une intoxication à la cocaïne doivent être diagnostiqués comme un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, Avec caractéristiques maniaques, Avec début pendant une intoxication). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode maniaque peuvent également être précipités par un traitement antidépresseur tel qu'un médicament, une sismothérapie, ou une photothérapie. Ces épisodes sont aussi diagnostiqués comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., Trouble de l'humeur induit par l'amitriptyline, Avec caractéristiques maniaques ; Trouble de l'humeur induit par la sismothérapie, Avec caractéristiques maniaques). Cependant, le jugement clinique est

essentiel pour déterminer si c'est le traitement qui est en cause ou si un Épisode maniaque primaire survient alors que le patient est sous traitement (voir p. 445).

Les Épisodes maniaques doivent être différenciés des Épisodes hypomaniaques. Bien que les Épisodes maniaques et les Épisodes hypomaniaques aient les mêmes symptômes caractéristiques, la perturbation au cours de l'Épisode hypomaniaque n'est pas suffisamment importante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation. Certains Épisodes hypomaniaques peuvent évoluer vers des Épisodes maniaques complets.

Des Épisodes dépressifs majeurs avec humeur irritable prédominante peuvent être difficiles à différencier d'Épisodes maniaques avec humeur irritable ou d'Épisodes mixtes. Ce diagnostic différentiel nécessite la recherche clinique soigneuse rie symptômes maniaques. Si les critères d'un Épisode maniaque et d'un Épisode dépressif majeur sont présents conjointement presque tous les jours sur une période d'au moins une semaine, il s'agit d'un Épisode mixte.

Le Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité et l'Épisode maniaque sont tous deux caractérisés par une activité excessive, un comportement impulsif, des troubles du jugement, et un déni des troubles. Le Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité se différencie de l'Épisode maniaque par son début typiquement précoce (c.-à-d. avant l'âge de 7 ans), son évolution chronique plutôt qu'épisodique, l'absence d'un début et d'une fin nets, et l'absence d'expansivité et d'élévation de humeur ou de caractéristiques psychotiques.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Pour l'épisode maniaque, à la différence des critères du DSM-IV qui proposent une série de sept items, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 comportent neuf items. Les deux items supplémentaires sont : énergie sexuelle marquée ou indiscrétions et perte des inhibitions sociales normales. Cependant le nombre d'items requis pour les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 est le même que pour le DSM-IV (c.-à-d. trois items si l'humeur est euphorique et quatre si elle est irritable), le diagnostic CIM-10 d'Épisode maniaque est donc vraisemblablement plus inclusif.

■ Critères d'un Épisode maniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

(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)

(suite)

☐ Critères d'un Épisode maniaque *(suite)*

(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 stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)
(6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
(7) engagement excessif dans des activités agréables mais 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. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un Épisode mixte (voir p. 418).

D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.-B. : Des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (p. ex., médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

Épisode mixte

Caractéristiques de l'Épisode

Un Épisode mixte est défini comme une période (d'au moins une semaine) au cours de laquelle sont présents à la fois les critères d'un Épisode maniaque et ceux d'un Épisode dépressif majeur, presque tous les jours (Critère A). Le sujet éprouve des changements d'humeur rapides (tristesse, irritabilité, euphorie) associés aux symptômes d'un Épisode maniaque (voir p. 412) et d'un Épisode dépressif majeur (voir p. 403). La symptomatologie comprend souvent une agitation, une insomnie, des troubles de l'appétit, des caractéristiques psychotiques et des idées suicidaires. Le trouble doit être suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social

ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation, ou il est défini par la présence de caractéristiques psychotiques (Critère B). Le trouble n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) (Critère C). Des symptômes semblables à ceux rencontrés au cours d'un Épisode mixte peuvent être dus aux effets directs d'un médicament antidépresseur, de la sismothérapie, de la photothérapie ou de traitements prescrits pour d'autres affections médicales générales (p. ex., des corticoïdes). De tels tableaux ne sont pas considérés comme des Épisodes mixtes et ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I. Si un sujet souffrant d'un Trouble dépressif majeur récurrent développe une symptomatologie mixte au cours d'un traitement antidépresseur, l'épisode est diagnostiqué comme un Trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques mixtes, et il n'y a pas passage du diagnostic de Trouble dépressif majeur à celui de Trouble bipolaire I. Certaines données suggèrent l'existence d'une « diathèse » bipolaire chez les sujets développant des épisodes d'allure mixte à la suite de traitements antidépresseurs somatiques. De tels sujets peuvent avoir un risque accru d'Épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques ultérieurs sans rapport avec des médicaments ou des traitements somatiques antidépresseurs. Ce problème peut être particulièrement important chez les enfants et les adolescents.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Les caractéristiques associées à un Épisode mixte sont les mêmes que pour les Épisodes maniaques et les Épisodes dépressifs majeurs. Les idées ou comportements du sujet peuvent être désorganisés. Les sujets qui présentent un Épisode mixte ont plus souvent tendance à demander de l'aide parce qu'ils éprouvent une dysphorie plus importante qu'au cours d'un Épisode maniaque.

Examens complémentaires. Les examens complémentaires au cours des Épisodes maniaques n'ont pas fait l'objet d'études suffisantes, même s'il existe à l'heure actuelle des données en faveur de résultats physiologiques et endocriniens similaires à ceux obtenus au cours des Épisodes dépressifs majeurs.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les aspects culturels évoqués au sujet des Épisodes dépressifs majeurs peuvent l'être également au sujet des Épisodes mixtes (voir p. 408). Les Épisodes mixtes semblent plus fréquents chez les sujets jeunes et chez les sujets de plus de 60 ans souffrant de Trouble bipolaire, et pourraient être plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Évolution

Les Épisodes mixtes peuvent survenir au cours de l'évolution d'Épisodes maniaques ou d'Épisodes dépressifs majeurs ou peuvent survenir *de novo*. Un diagnostic de Trouble *bipolaire I, Épisode le plus récent maniaque, peut se transformer en diagnostic de Trouble bipolaire* I, Épisode *le* plus *récent* mixte, pour un sujet ayant présenté des symptômes maniaques pendant 3 semaines suivis pendant une semaine de symptômes

à la fois maniaques et dépressifs. Les Épisodes mixtes peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois et peuvent évoluer vers une diminution ou une disparition des symptômes ou se transformer en un Épisode dépressif majeur. Il est beaucoup plus rare qu'un Épisode mixte évolue vers un Épisode maniaque.

Diagnostic différentiel

Un Épisode mixte doit être différencié d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale si la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'un facteur organique (p. ex., une sclérose en plaques, une tumeur cérébrale ou un syndrome de Cushing) (voir p. 461). Cette évaluation est fondée sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si l'on considère que les symptômes mixtes maniaques et dépressifs ne sont pas la conséquence physiologique directe d'un facteur organique, le Trouble de l'humeur primaire est enregistré sur l'Axe I (p. ex., un Trouble bipolaire I) et l'affection médicale générale est enregistrée sur l'Axe III (p. ex., infarctus du myocarde).

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue d'un Épisode maniaque par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement à la perturbation de l'humeur (voir p. 466). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode mixte peuvent être précipités par la prise d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., des symptômes mixtes maniaques et dépressifs qui surviennent uniquement dans le contexte d'une intoxication à la cocaïne doivent être diagnostiqués comme un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques mixtes, et avec début pendant une intoxication). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode mixte peuvent également être précipités par un traitement antidépresseur comme un médicament, la sismothérapie ou la photothérapie. Ces Épisodes sont aussi diagnostiqués comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., Trouble de l'humeur induit par l'amitriptyline, Avec caractéristiques mixtes ; Trouble de l'humeur induit par la sismothérapie, Avec caractéristiques mixtes). Cependant, le jugement clinique est essentiel pour déterminer si c'est le traitement qui est en cause ou si un Épisode maniaque primaire survient alors que le patient est sous traitement (voir p. 467).

Des **Épisodes dépressifs majeurs avec humeur irritable prédominante** et des **Épisodes maniaques avec humeur irritable prédominante** peuvent être difficiles à différencier d'Épisodes mixtes. Ce diagnostic différentiel nécessite la recherche clinique soigneuse de l'existence simultanée des symptômes caractéristiques à la fois d'un Épisode maniaque complet et d'un Épisode dépressif majeur complet (en dehors du critère de durée).

Le **Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité** et un Épisode mixte sont tous deux caractérisés par une activité excessive, un comportement impulsif, des troubles du jugement et un déni des troubles. Le Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité se différencie de l'Épisode mixte par son début typiquement précoce (c.-à-d. avant l'âge de 7 ans), son évolution chronique plutôt qu'épisodique, l'absence d'un début et d'une fin nets, et l'absence d'expansivité et (l'élévation de humeur ou de caractéristiques psychotiques. Les enfants souffrant d'un Déficit de l'attention/hyperactivité présentent également parfois des symptômes dépressifs comme une faible estime de soi et une faible tolérance à la frustration. Si les critères sont présents pour les deux troubles, le

Déficit de l'attention/hyperactivité doit être diagnostiqué en plus du Trouble de l'humeur.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 exigent une durée des symptômes d'au moins deux semaines.

• Critères d'un Épisode mixte

A. Les critères sont réunis à la fois pour un Épisode maniaque (voir p. 417) et pour un Épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée) (voir p. 411), et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou il existe des caractéristiques psychotiques.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.-B. : Des Épisodes (l'allure mixte clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire 1.

Épisode hypomaniaque

Caractéristiques de l'épisode

Un Épisode hypomaniaque est défini comme une période nettement délimitée durant laquelle il existe une élévation anormale et persistante de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable, pendant au moins 4 jours (Critère A). Cette période de perturbation de l'humeur doit être accompagnée d'au moins trois des symptômes associés suivants : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur (non délirantes), réduction du besoin de sommeil, logorrhée, fuite des idées, distractibilité, engagement accru dans des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice, et engagement excessif dans des activités agréables à potentiel élevé de conséquences dommageables (Critère B). Si l'humeur est irritable plutôt qu'exaltée ou expansive, au moins quatre

des symptômes décrits ci-dessus doivent être présents. La liste des symptômes associés est la même que celle définissant l'Épisode maniaque (voir p. 412) à l'exception des idées délirantes et des hallucinations qui ne doivent pas être présentes. Au cours d'un Épisode hypomaniaque, l'humeur doit être clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle du sujet, et il doit exister une modification nette du fonctionnement, qui diffère du fonctionnement habituel du sujet (Critère C). Puisque la modification de l'humeur et du fonctionnement doit être observable par les autres (Critère D), la recherche de ce critère nécessite souvent de s'entretenir avec des tiers (p. ex., des membres de la famille). Les antécédents rapportés par les informateurs sont particulièrement importants pour ce qui est des adolescents. Contrairement à l'Épisode maniaque, l'Épisode hypomaniaque n'est pas suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation, et il n'y a pas de caractéristiques psychotiques (Critère E). La modification du fonctionnement peut, chez certains sujets, prendre la forme d'une amélioration marquée de l'efficience, des réalisations ou de la créativité. Cependant, chez d'autres, l'hypomanie peut être à l'origine d'une dégradation du fonctionnement social ou professionnel.

La perturbation de l'humeur et les symptômes associés ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de la dépression (p. ex., sismothérapie ou photothérapie) ou de l'exposition à une substance toxique. L'épisode ne doit pas non plus être dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., une sclérose en plaques ou une tumeur cérébrale) (Critère F). Des symptômes semblables à ceux rencontrés au cours des Épisodes hypomaniaques peuvent être dus aux effets directs d'un médicament antidépresseur, de la sismothérapie, de la photothérapie, ou de traitements prescrits pour d'autres affections médicales (p. ex., des corticoïdes). De tels tableaux ne sont pas considérés comme des Épisodes hypomaniaques et ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II. Si un sujet souffrant d'un Trouble dépressif majeur récurrent développe des symptômes d'allure hypomaniaque au cours d'un traitement antidépresseur, l'épisode est diagnostiqué comme un Trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques maniaques, et il n'y a pas passage du diagnostic de Trouble dépressif majeur à celui de Trouble bipolaire II. Certaines données suggèrent l'existence d'une « diathèse » bipolaire chez les sujets développant des épisodes d'allure maniaque ou hypomaniaque à la suite de traitements antidépresseurs somatiques. De tels sujets peuvent avoir un risque accru d'Épisodes maniaques ou hypomaniaques ultérieurs sans rapport avec des médicaments ou des traitements somatiques antidépresseurs.

L'humeur au cours d'un Épisode hypomaniaque est décrite comme euphorique, inhabituellement bonne, gaie ou élevée. Bien que l'humeur du sujet puisse être contagieuse pour un observateur extérieur, elle est reconnue comme nettement différente de ce qu'elle est habituellement par ceux qui connaissent bien la personne. La qualité expansive de l'humeur est caractérisée par un enthousiasme pour les relations sociales, interpersonnelles ou professionnelles. Bien que l'élévation de l'humeur soit considérée comme le symptôme le plus typique, le trouble de l'humeur peut être une irritabilité ou peut alterner entre l'euphorie et l'irritabilité. Il existe typiquement une augmentation de l'estime de soi qui correspond habituellement à une confiance aveugle en soi-même plutôt qu'à des idées de grandeur (Critère Bi). Il existe très souvent une diminution du besoin de sommeil (Critère B2) ; la personne se réveille avant son heure habituelle avec une énergie augmentée. L'expression verbale d'un sujet en Épisode

hypomaniaque est souvent un *peu plus bruyante* et *rapide qu'à l'habitude, mais elle* n'est *pas. typiquement. difficile à interrompre. Elle peut être riche en blagues, calembours,* jeux *de mots* et propos inappropriés (Critère B3). La fuite des idées est rare et, si elle est présente, elle ne persiste que sur de très brèves périodes (Critère B4).

La distractibilité est fréquente, comme en témoignent les changements rapides de discours ou d'activité en réponse à des stimuli externes variés et non pertinents (Critère B5). L'augmentation de l'activité dirigée vers un but peut impliquer des projets ou l'engagement dans de nombreuses activités (Critère B6). Celles-ci sont souvent créatives et productives (p. ex., écrire une lettre à un éditeur ou ranger de la paperasserie). La sociabilité est en général augmentée, et il peut exister une augmentation de l'activité sexuelle. Des comportements impulsifs peuvent se rencontrer, comme des achats extravagants, une conduite 'automobile dangereuse ou des investissements commerciaux déraisonnables (Critère B7). Cependant, ces activités sont en général organisées, ne sont pas bizarres, et n'entraînent pas l'altération du fonctionnement, caractéristique de l'Épisode maniaque.

Caractéristiques et troubles associés

Les caractéristiques associées d'un Épisode hypomaniaque sont similaires a celles d'un Épisode maniaque. L'humeur peut aussi être caractérisée comme dysphorique si l'irritabilité ou les symptômes dépressifs sont plus au premier plan que l'euphorie clans la présentation clinique.

Caractéristiques liées à la culture et à l'âge

Les aspects culturels évoqués au sujet des Épisodes dépressifs majeurs peuvent l'être également au sujet des Épisodes hypomaniaques (voir p. 408). Chez les sujets les plus jeunes (p. ex., les adolescents), les Épisodes hypomaniaques peuvent s'accompagner d'un absentéisme scolaire, de comportements antisociaux, d'un échec scolaire ou d'une consommation de substances.

Évolution

Un Épisode hypomaniaque débute typiquement de manière soudaine, avec une aggravation rapide des symptômes sur un jour ou deux. Les épisodes peuvent durer de plusieurs semaines à plusieurs mois et sont habituellement d'apparition plus soudaine et de durée plus courte que les Épisodes dépressifs majeurs. Dans de nombreux cas, l'Épisode hypomaniaque peut être précédé ou suivi d'un Épisode dépressif majeur. Les études suggèrent que 5 à 15 % des sujets présentant une hypomanie développent ultérieurement un Épisode maniaque.

Diagnostic différentiel

Un Épisode hypomaniaque doit être différencié d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale si la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'un facteur organique (p. ex., une sclérose en plaques, une tumeur cérébrale ou un syndrome de Cushing) (voir p. 461). Cette évaluation repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen

physique. Si l'on considère que les symptômes hypomaniaques ne sont pas la conséquence physiologique directe d'un facteur organique, le Trouble de l'humeur primaire est enregistré sur l'Axe I (p. ex., Trouble bipolaire 11) et l'affection médicale générale est enregistrée sur l'Axe III (p. ex., infarctus du myocarde).

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue d'un Épisode maniaque par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement au trouble de l'humeur (voir p. 466). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode hypomaniaque peuvent être précipités par la prise d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., des symptômes hypomaniaques qui surviennent uniquement dans le contexte d'une intoxication à la cocaïne doivent être diagnostiqués comme un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques maniaques, et avec début pendant une intoxication). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode hypomaniaque peuvent également être précipités par un traitement antidépresseur comme un médicament, la sismothérapie, ou la photothérapie. Ces épisodes sont aussi diagnostiqués comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., Trouble de l'humeur induit par l'amitriptyline, avec caractéristiques maniaques ; Trouble de l'humeur induit par la sismothérapie, avec caractéristiques maniaques). Cependant, le jugement clinique est essentiel pour déterminer si c'est le traitement qui est en cause ou si un Épisode maniaque primaire survient alors que le patient est sous traitement (voir p. 467).

Les **Épisodes maniaques** doivent être distingués des Épisodes hypomaniaques. Bien que les Épisodes maniaques et les Épisodes hypomaniaques aient les mêmes symptômes caractéristiques, le trouble de l'humeur au cours de l'Épisode hypomaniaque n'est pas suffisamment important pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter l'hospitalisation. Certains Épisodes hypomaniaques peuvent évoluer vers des Épisodes maniaques complets.

Le **Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité** et l'Épisode hypomaniaque sont tout deux caractérisés par une activité excessive, un comportement impulsif, des troubles du jugement, et un déni des troubles. Le Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité se différencie de l'Épisode hypomaniaque par son début typiquement précoce (c.-à-d. avant l'âge de 7 ans), son évolution chronique plutôt qu'épisodique, l'absence d'un début et d'une fin nets, et l'absence d'expansivité et d'élévation anormale de humeur.

Un Épisode hypomaniaque doit être distingué de l'**euthymie**, en particulier chez les sujets qui ont été déprimés de manière chronique et qui n'ont plus l'habitude de ressentir une humeur non dépressive.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour l'Épisode hypomaniaque comprennent deux items supplémentaires — augmentation de l'énergie sexuelle et sociabilité accrue — et ne comprennent pas les items : augmentation de l'estime de soi et fuite des idées du DSM-IV. De plus, la CIM-10 n'exige pas que le changement thymique soit observé par les autres.

Critères d'un Épisode hypomaniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative :

(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 stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)
(6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
(7) engagement excessif dans des activités agréables mais 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 l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes (l'allure hypomaniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II.

Troubles dépressifs

Trouble dépressif majeur

Caractéristiques diagnostiques

Le Trouble dépressif majeur se caractérise essentiellement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (voir p. 403), sans antécédent d'Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque (Critères A et C). Les épisodes de Trouble de l'humeur induit par une substance (dû aux effets physiologiques directs d'une drogue donnant lieu à abus, d'un médicament, ou de l'exposition à une substance toxique) ou de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour un diagnostic de Trouble dépressif majeur. De plus, les épisodes ne doivent pas être mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou à un Trouble psychotique non spécifié (Critère B).

Le quatrième chiffre du code diagnostique pour le Trouble dépressif majeur indique s'il s'agit d'un épisode isolé (utilisé seulement pour les premiers épisodes) ou récurrent. Il est parfois difficile de faire la distinction entre un épisode isolé avec des symptômes fluctuants et inconstants et deux épisodes distincts. Dans le cadre de ce manuel, un épisode est considéré comme étant terminé lorsque l'ensemble des critères pour l'Épisode dépressif majeur n'ont pas été réunis pendant au moins deux mois consécutifs. Durant cette période de deux mois, on observe ou bien une résolution complète des symptômes, ou bien la présence de symptômes dépressifs qui ne répondent plus à l'ensemble des critères pour un Épisode dépressif majeur (en rémission partielle).

Le cinquième chiffre du code diagnostique pour le Trouble dépressif majeur indique l'état actuel de la perturbation. Si les critères pour l'Épisode dépressif majeur sont atteints, la sévérité de l'épisode est notée en termes de légère, moyenne, *sévère* sans caractéristiques psychotiques, ou sévère avec caractéristiques psychotiques. Si les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas atteints actuellement, le quatrième caractère est utilisé pour indiquer si le trouble est en rémission partielle ou en rémission complète (voir p. 474).

Si au cours de l'évolution du Trouble dépressif majeur surviennent des Épisodes maniaques, mixtes, ou hypomaniaques, le diagnostic est modifié en celui de Trouble bipolaire. Cependant, si la survenue des symptômes maniaques ou hypomaniaques est due à l'effet direct d'un traitement antidépresseur, de l'utilisation d'autres médicaments ou d'une substance, ou de l'exposition à une substance toxique, le diagnostic de Trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de Trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristiques mixtes) doit être noté. De même, si la survenue des symptômes maniaques ou hypomaniaques est due à l'effet direct d'une affection médicale générale, le diagnostic *de* Trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristiques mixtes) doit être noté.

Spécifications

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, les spécifications qui suivent peuvent être utilisées pour préciser le statut clinique actuel de l'épisode et pour préciser les caractéristiques de l'épisode actuel :

Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques, Sévère avec caractéristiques Psychotiques, En rémission partielle, En rémission complète (voir p. 473)
Chronique (voir p. 479)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 480)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 482)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 483)
Avec début lors du post-partum (voir p. 485)

Si tous les critères ne sont pas remplis actuellement pour un Épisode dépressif majeur, les spécifications qui suivent peuvent être utilisées pour préciser le statut clinique actuel du Trouble dépressif majeur et pour préciser les caractéristiques de l'épisode le plus récent :

En rémission partielle, En rémission complète (voir p. 474)
Chronique (p. 479)
Avec caractéristiques catatoniques (p. 480)
Avec caractéristiques mélancoliques (p. 482)
Avec caractéristiques atypiques (p. 483)
Avec début lors du post-partum (p. 485)

Les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour préciser le type d'évolution des épisodes et la présence d'une symptomatologie intercurrente pour le Trouble dépressif majeur, Récurrent :

Spécification de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison intercurrente) (voir p. 487)
Avec caractère saisonnier (voir p. 489)

Procédures d'enregistrement[1]

Les codes diagnostiques pour le Trouble dépressif majeur sont choisis comme suit :

1. Les trois premiers caractères sont F3x [296].
2. Le quatrième caractère est ou bien 2 (s'il existe seulement un Épisode dépressif majeur isolé), soit 3 (en présence d'Épisodes dépressifs majeurs récurrents).
3. Le cinquième chiffre précise, si tous les critères de l'Épisode dépressif majeur sont remplis, le niveau de sévérité comme suit :1 pour Sévérité légère, 2 pour Sévérité moyenne, 3 pour Sévère sans caractéristiques psychotiques, 4 pour Sévère avec caractéristiques psychotiques. Si tous les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, le cinquième chiffre indique le statut clinique actuel du Trouble dépressif majeur comme suit : 5 pour En rémission partielle, 6 pour En rémission complète. Si le

1. *cf* note o. 401 (N.(1.T.).

niveau de sévérité ou le statut clinique actuel n'est pas spécifié, on code 0 pour le cinquième chiffre. D'autres spécifications pour un Trouble dépressif majeur ne peuvent être codées.

Lorsque l'on enregistre le nom d'un diagnostic, les termes doivent être présentés dans l'ordre suivant : Trouble dépressif majeur, spécifications codées par le quatrième caractère (p. ex., Récurrent), spécifications codées par le cinquième caractère (p. ex., Léger, Sévère avec caractéristiques psychotiques, En rémission partielle), autant de spécifications que nécessaires (sans codes) pour l'épisode actuel ou l'épisode le plus récent (p. ex., Avec caractéristiques mélancoliques, Avec début lors du post-partum), et autant de spécifications que nécessaires (sans code) pour l'évolution des épisodes (p. ex., Avec guérison intercurrente complète) Exemple : F33.1 [296.32] Trouble dépressif majeur, Récurrent, Sévérité moyenne, Avec caractéristiques atypiques, Avec caractère saisonnier, Avec guérison intercurrente complète.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Le Trouble dépressif majeur est associé à une mortalité élevée. Jusqu'à 15 % des sujets présentant un Trouble dépressif majeur sévère meurent de suicide. Des résultats épidémiologiques montrent également que le taux de mortalité est quatre fois plus élevé chez les sujets âgés de plus de 55 ans ayant un Trouble dépressif majeur. Les sujets présentant un Trouble dépressif majeur admis dans des maisons de retraite auraient un risque sensiblement accru de mourir au cours de la première année. En médecine générale, les patients ayant un Trouble dépressif majeur ont plus de douleurs et de maladies somatiques que les autres, et présentent une diminution de leur fonctionnement, tant sur le plan physique et social, qu'occupationnel.

Le Trouble dépressif majeur peut être précédé par un Trouble dysthymique (10 % dans les échantillons épidémiologiques, 15 à 25 % dans les échantillons cliniques). On estime également que chaque année, 10 % des sujets présentant un Trouble dysthymique vont développer un premier Épisode dépressif majeur. D'autres troubles mentaux surviennent fréquemment avec un Trouble dépressif majeur (p. ex., Troubles liés à une substance, Trouble panique, Trouble obsessionnel-compulsif, Anorexie mentale, Boulimie, Personnalité borderline).

Examens complémentaires. Les anomalies associées au Trouble dépressif majeur sont les mêmes que celles associées à l'Épisode dépressif majeur (voir p. 408). Aucun de ces examens complémentaires ne permet le diagnostic de Trouble dépressif majeur, mais on a constaté des anomalies dans des groupes de sujets ayant un Trouble dépressif majeur comparativement à des sujets contrôles. Des anomalies neurobiologiques comme une augmentation des taux de glucocorticoïdes et des perturbations des EEG de sommeil ont une prévalence plus importante chez les sujets Avec caractéristiques psychotiques et ceux présentant des épisodes plus sévères ou Avec des caractéristiques mélancoliques. La plupart des anomalies sont dépendantes de l'état (c.-à.-d. qu'elles ne sont observées qu'en présence de symptômes dépressifs). Cependant, des résultats montrent que certaines anomalies des EEG de sommeil persistent durant les périodes de rémission clinique ou précèdent le début de l'Épisode dépressif majeur.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les sujets présentant une affection médicale générale grave ou chronique ont un risque accru de développer un Trouble dépressif majeur. Jusqu'à 20 à 25 % des sujets présentant certaines affections médicales générales (p. ex., diabète, infarctus du myocarde, carcinomes, accident vasculaire cérébral) développeront un Trouble dépressif majeur au cours de l'évolution de leur affection médicale générale. La prise en charge de l'affection médicale générale est plus complexe et le pronostic moins favorable en présence d'un Trouble dépressif majeur. De plus, il a été constaté que le pronostic d'un Trouble dépressif majeur était affecté défavorablement (p. ex., épisodes plus longs ou moins bonnes réponses au traitement) par des affections médicales générales chroniques concomitantes.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Des spécificités culturelles sont discutées dans le paragraphe consacré à l'Épisode dépressif majeur (voir p. 408). Des études épidémiologiques mettent en évidence un effet cohorte significatif concernant le risque de dépression. Par exemple, des sujets nés entre 1940 et 1950 ont un âge de début plus précoce et un risque accru de développer, au cours de leur vie, une dépression par rapport à ceux nés avant 1940. Il semble que les Caractéristiques atypiques soient plus fréquentes chez des sujets jeunes et que les Caractéristiques mélancoliques le soient plus chez les sujets âgés. Il a été montré chez des sujets âgés ayant une dépression à début tardif qu'il existait une hyperdensité de la substance blanche sous-corticale associée à des maladies cérébrovasculaires. Ces dépressions « vasculaires » sont associées à des troubles neuropsychologiques plus importants et à de moins bonnes réponses aux thérapies courantes. Le Trouble dépressif majeur (Épisode isolé ou récurrent) est deux fois plus fréquent chez les adolescents et adultes de sexe féminin que chez les adolescents et adultes de sexe masculin. Chez l'enfant prépubère, garçons et filles sont également affectés. Chez les enfants prépubères, les garçons et les filles sont affectés dans les mêmes proportions.

Prévalence

La proportion de la population adulte présentant un Trouble dépressif majeur varie considérablement d'une étude à l'autre. Le risque de présenter un Trouble dépressif majeur sur la vie varie en population générale de 10 à 25 % pour les femmes et de 5 à 12 % pour les hommes. La prévalence ponctuelle du Trouble dépressif majeur dans la population adulte varie de 5 à 9 % pour les femmes et de 2 à 3 % pour les hommes. Les taux de prévalence du Trouble dépressif majeur ne paraissent pas être liés à l'ethnie, à l'éducation, aux revenus ou au statut marital,

Évolution

Le Trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge, l'âge moyen de début se situant au milieu de la 3e décennie. D'après les données épidémiologiques, l'âge de début diminuerait chez les individus nés récemment. L'évolution du Trouble dépressif majeur, récurrent, est variable. Certaines personnes peuvent présenter des épisodes isolés, séparés par plusieurs années durant lesquelles elles ne présentent aucun symptôme dépressif, alors que d'autres présentent des épisodes regroupés, et d'autres encore, des épisodes de plus en plus fréquents à mesure qu'elles vieillissent. Les périodes de remis-

sion semblent être généralement plus longues au tout début de l'évolution du trouble. Le nombre d'épisodes antérieurs prédit la survenue d'Épisodes dépressifs majeurs ultérieurs. Au moins 60 % des sujets ayant un Trouble dépressif majeur, Épisode unique, vont développer un deuxième épisode. Les sujets ayant déjà présenté deux épisodes Ont un risque de 70 % d'en présenter un troisième, et ceux ayant eu trois épisodes, un risque de 90 % d'en présenter un quatrième. Environ 5 à 10 % des sujets présentant un Trouble dépressif majeur, Épisode isolé, développeront par la suite un Épisode maniaque (c.-à-d. développeront un Trouble bipolaire **I).**

Les Épisodes dépressifs majeurs peuvent se terminer complètement (dans environ deux tiers des cas), ou seulement partiellement, voire pas du tout (dans environ un tiers des cas). Chez les sujets qui ne présentent qu'une rémission partielle, la probabilité de développer d'autres épisodes avec guérisons intercurrentes partielles est augmentée. Les spécifications de l'évolution longitudinale : avec guérison intercurrente complète ou sans guérison intercurrente complète, peuvent donc avoir une valeur pronostique. Certains sujets présentent un Trouble dysthymique antérieur au début du Trouble dépressif majeur, Épisode isolé. D'après certaines données, ces sujets auraient plus de risques de présenter d'autres Épisodes dépressifs, avec moins de guérisons intercurrentes ; un traitement complémentaire des phases aiguës, ainsi qu'un prolongement du traitement pendant de plus longues périodes, seraient nécessaires pour pouvoir atteindre et maintenir un état euthymique plus complet et durant plus longtemps.

D'après des études de suivi naturalistes, un an après le diagnostic d'Épisode dépressif majeur, 40 % des sujets présentent encore des symptômes suffisamment sévères pour répondre aux critères d'un Épisode dépressif majeur complet ; approximativement 20 % continuent à présenter quelques symptômes mais qui ne répondent plus à l'ensemble des critères d'un Épisode dépressif majeur, et 40 % n'ont plus de Trouble de l'humeur. La sévérité de l'Épisode dépressif majeur initial semble être un élément prédictif de sa persistance. Des affections médicales générales chroniques sont également un facteur de risque pour des épisodes plus persistants.

Il arrive souvent que les épisodes d'un Trouble dépressif majeur surviennent à la suite d'un facteur de stress psychosocial intense, tel que la mort d'un être cher ou un divorce. Des études ont montré que de tels événements psychosociaux (facteurs de stress) pourraient jouer un rôle important dans le déclenchement du premier ou du deuxième épisode d'un Trouble dépressif majeur, et auraient un rôle moins important dans le déclenchement des épisodes suivants. Des affections médicales générales chroniques et une Dépendance à une substance (en particulier une Dépendance à l'alcool ou à la cocaïne) pourraient contribuer au déclenchement ou à l'exacerbation du Trouble dépressif majeur.

Il est difficile de prédire si un premier épisode d'un Trouble dépressif majeur chez une personne jeune évoluera par la suite vers un Trouble bipolaire. D'après certaines données, une dépression sévère, en particulier avec caractéristiques psychotiques et ralentissement psychomoteur, débutant de façon aiguë chez une personne jeune sans psychopathologie prépubertaire, serait plutôt en faveur d'une évolution bipolaire. Des antécédents familiaux de Trouble bipolaire peuvent également suggérer le développement ultérieur d'un Trouble bipolaire.

Aspects familiaux

Le Trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent chez les parents biologiques du premier degré des sujets ayant ce trouble que dans la population générale. Le risque de Dépendance à l'alcool chez les parents biologiques du premier degré adultes est augmenté, et il y aurait une incidence accrue de Troubles anxieux (p. ex., Trouble panique, Phobie sociale) ou du Trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez les enfants d'adultes ayant un Trouble dépressif majeur.

Diagnostic différentiel

Voir la section « Diagnostic différentiel » pour l'Épisode dépressif majeur (p. 409). Des antécédents **d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque** excluent un diagnostic de Trouble dépressif majeur. La présence d'Épisodes hypomaniaques (sans antécédents d'Épisodes maniaques) conduit à un diagnostic de Trouble bipolaire II. La présence d'Épisodes maniaques ou mixtes (avec ou sans Épisodes hypomaniaques) indique un diagnostic de Trouble bipolaire I.

Les Épisodes dépressifs majeurs d'un Trouble dépressif majeur doivent être différenciés d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale est porté lorsque la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (p. ex., sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, hypothyroïdie) (voir p. 461). Cette évaluation repose sur les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Si l'on considère que les symptômes dépressifs ne sont pas la conséquence physiologique directe de l'affection médicale générale, le Trouble de l'humeur primaire est alors enregistré sur l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur) et l'affection médicale générale est enregistrée sur l'Axe III (p. ex., infarctus du myocarde). Cela est le cas lorsque l'Épisode dépressif majeur est considéré comme étant la conséquence psychologique d'une affection médicale générale ou lorsqu'il n'existe pas de relation étiologique entre l'Épisode dépressif majeur et l'affection médicale générale.

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se différencie des Épisodes dépressifs majeurs d'un Trouble dépressif majeur par le fait qu'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus, un médicament, l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement à la perturbation de l'humeur (voir p. 466). Une humeur dépressive ne survenant qu'au cours d'un sevrage à la cocaïne serait diagnostiquée comme Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant le sevrage.

La distinction entre **Trouble dysthymique** et Trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité, la chronicité et la persistance. Dans le Trouble dépressif majeur, l'humeur dépressive doit être présente la plupart du temps au cours de la journée, presque tous les jours, durant une période d'au moins deux semaines, alors que le Trouble dysthymique doit être présent plus d'un jour sur deux durant une période d'au moins deux ans. Le diagnostic différentiel entre Trouble dysthymique et Trouble dépressif majeur est rendu particulièrement difficile par le fait que les deux troubles ont un commun des symptômes similaires et par le fait que les différences qu'ils présentent dans leur déclenchement, leur durée, leur persistance et leur sévérité ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement. Habituellement, le Trouble dépressif majeur consiste en un ou plusieurs Épisode(s) dépressif(s) majeur(s) distincts qui tranchent

avec le fonctionnement habituel du sujet, alors que le Trouble dysthymique est caractérisé par des symptômes dépressifs chroniques, moins sévères, persistant pendant plusieurs années. Si les symptômes dépressifs chroniques présents initialement sont suffisamment nombreux et sévères pour répondre aux critères d'un Épisode dépressif majeur, le diagnostic est un Trouble dépressif majeur, chronique (si les critères sont encore remplis), ou un Trouble dépressif majeur en rémission partielle (si les critères ne sont plus remplis).

Le diagnostic de Trouble dysthymique n'est porté à la suite d'un Trouble dépressif majeur que si le diagnostic de Trouble dysthymique a été porté avant le premier Épisode dépressif majeur (c.-à-d. pas d'Épisode dépressif majeur au cours des deux premières années de symptômes dysthymiques) ou si une rémission complète d'un Épisode dépressif majeur a été observée (c.-à-d. pendant au moins 2 mois) avant le début du Trouble dysthymique.

Le **Trouble schizo-affectif** se différencie du Trouble dépressif majeur, avec caractéristiques psychotiques, par le fait que clans le Trouble schizo-affectif, des idées délirantes ou des hallucinations doivent avoir été présentes en l'absence de symptômes thymiques marquants pendant au moins deux semaines. Des symptômes dépressifs peuvent être présents au cours d'une **Schizophrénie,** d'un **Trouble délirant** et d'un **Trouble psychotique non spécifié.** Généralement, de tels symptômes dépressifs peuvent être considérés comme des caractéristiques associées à ces troubles et ne nécessitent pas de diagnostic indépendant. Cependant, lorsque les symptômes dépressifs remplissent l'ensemble des critères pour un Épisode dépressif majeur (ou ont une importance clinique particulière), un diagnostic de Trouble dépressif non spécifié peut être porté en plus du diagnostic de Schizophrénie, de Trouble délirant et de Trouble psychotique sans précision. La Schizophrénie de type catatonique peut être difficile à différencier d'un Trouble dépressif majeur, avec caractéristiques catatoniques. Les antécédents personnels ou familiaux peuvent aider à faire cette distinction.

Chez les sujets âgés, il est souvent difficile de déterminer si les symptômes cognitifs (p. ex., désorientation, apathie, difficultés de concentration, pertes de mémoire) sont attribuables à une **démence** ou à un Épisode dépressif majeur d'un Trouble dépressif majeur. Une évaluation médicale approfondie, ainsi que la prise en considération du début de la perturbation, de la séquence temporelle des symptômes dépressifs et cognitifs, de l'évolution de la maladie et de la réponse au traitement, peuvent aider au diagnostic différentiel. L'état prémorbide du sujet peut aider à différencier un Trouble dépressif majeur d'une *démence.*

Dans la démence, il existe habituellement un déclin prémorbide de la fonction cognitive, alors qu'il est plus probable d'observer chez un sujet ayant un Trouble dépressif majeur un état prémorbide relativement normal et un déclin cognitif brutal associé à la dépression.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Outre les différences de définition concernant l'Épisode dépressif majeur, les seuils adoptés dans les critères pour la recherche de la CIM-10 pour caractériser l'existence d'un épisode unique par rapport à deux épisodes récurrents indépendants sont différents. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 précisent qu'une période libre sans symptômes thymiques significatifs d'au moins deux mois

doit exister alors que les critères du DSM-IV exigent une période d'au moins deux mois consécutifs sans que soient remplis l'ensemble des critères d'un Épisode dépressif majeur.

Critères diagnostiques du F32.x [296.2x] Trouble dépressif majeur, Épisode isolé

A. Présence d'un Épisode dépressif majeur (voir p. 411)

B. L'Épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un Trouble schizo-affectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

C. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque (voir p. 417), d'Épisode mixte (voir p. 421), ou d'Épisode hypomaniaque (voir p. 425).

N.-B. : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte, ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, *spécifier* son statut clinique actuel et/ou ses caractéristiques :
Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques, Sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, *spécifier* le statut clinique actuel du Trouble dépressif majeur ou les caractéristiques de l'épisode le plus récent :
En rémission partielle/En rémission complète (voir p. 475)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

• Critères diagnostiques du F33.x 1296.3x1 Trouble dépressif majeur, récurrent

A. Présence d'au moins deux Épisodes dépressifs majeurs (voir p. 411).

N.-B. : Deux épisodes sont considérés comme étant distincts lorsqu'il sont séparés par une période d'au moins deux mois consécutifs durant laquelle les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.

B. Les Épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, à un Trouble délirant, ou à un Trouble psychotique non spécifié.

C. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque (voir p. 417), mixte (voir p. 421), Ou hypomaniaque (voir p. 425).

N.-B. : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte, ou hypomaniaque Ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, *spécifier* son statut clinique actuel et/ou ses caractéristiques :
Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques, Sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, *spécifier* le statut clinique actuel du Trouble dépressif majeur ou les caractéristiques de l'épisode le plus récent :
En rémission partielle/En rémission complète (voir p. 475)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Spécifier :
Spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison intercurrente) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (voir p. 490)

F34.1 1300.41 Trouble dysthymique

Caractéristiques diagnostiques

Le Trouble dysthymique se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (Critère A). Les sujets présentant un Trouble dysthymique décrivent leur humeur comme étant triste ou au « 36‘ dessous ». Chez les enfants, l'humeur peut être irritable plutôt que déprimée, et la durée minimale requise n'est que d'un an. Au cours des périodes d'humeur dépressive, au moins deux des symptômes additionnels suivants sont présents : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions, et sentiments de perte d'espoir (Critère B). Les sujets peuvent noter la présence marquée de perte d'intérêt et d'autocritique, se considérant souvent comme non intéressants ou incapables. Dans la mesure où ces symptômes sont devenus partie intégrante de leur vie de tous les jours (p. ex. : « j'ai toujours été comme ça », « je suis comme ça »), les sujets ne les signalent souvent pas, à moins qu'on ne les interroge spécifiquement.

Au cours de la période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents) les intervalles libres de tout symptôme ne durent pas plus de deux mois (Critère C). Le diagnostic de Trouble dysthymique ne peut être porté que si aucun Épisode dépressif majeur n'est présent au cours de la période initiale de deux ans de symptômes dysthymiques (Critère D). Si les symptômes dépressifs chroniques comprennent un Épisode dépressif majeur au cours des deux premières années, le diagnostic est celui de Trouble dépressif majeur, chronique (si les critères pour un Épisode dépressif majeur sont remplis) ou celui de Trouble dépressif majeur, en rémission partielle (si les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas réunis actuellement). Après la période initiale de deux ans de Trouble dysthymique, des Épisodes dépressifs majeurs peuvent être surajoutés au Trouble dysthymique. Dans rie tels cas (« double dépression ») les diagnostics de Trouble dépressif majeur et de Trouble dysthymique sont tous deux portés. Lorsque le sujet revient à l'état dysthymique de hase (c.-à-d. que les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont plus réunis mais que les symptômes dysthymiques persistent), seul le Trouble dysthymique est diagnostiqué.

Le diagnostic de Trouble dysthymique ne peut être fait chez des sujets ayant déjà eu un Épisode maniaque (p. 412), un Épisode mixte (p. 418), ou un Épisode hypomaniaque (p. 421), ou lorsque les critères du Trouble cyclothymique ont déjà été remplis (Critère E). On ne fait pas un diagnostic de Trouble dysthymique lorsque les symptômes dépressifs surviennent exclusivement au cours d'un Trouble psychotique chronique, tel qu'une Schizophrénie ou un Trouble délirant (Critère F), les symptômes dépressifs étant alors considérés comme des caractéristiques associées à ces troubles. De même, un Trouble dysthymique ne peut être diagnostiqué si la perturbation est due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., alcool, médicaments antihypertenseurs) ou d'une affection médicale générale (p. ex. : hypothyroïdie, maladie d'Alzheimer) (Critère G). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou clans d'autres domaines importants (Critère H).

Spécifications

L'âge de début et les caractéristiques symptomatiques du Trouble dysthymique peuvent être indiqués en utilisant les spécifications suivantes :

Début précoce. Cette spécification doit être utilisée si le début du Trouble dysthymique survient avant l'âge de 21 ans. De tels sujets sont plus à même de développer par la suite des Épisodes dépressifs majeurs.

Début tardif. Cette spécification doit être utilisée si le début du Trouble dysthymique survient à l'âge de 21 ans ou après.

Avec caractéristiques atypiques. Cette spécification doit être utilisée si les symptômes présents au cours des deux années les plus récentes du trouble remplissent les critères : avec caractéristiques atypiques (voir p. 483).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Les caractéristiques associées au Trouble dysthymique sont comparables à celles associées à un Épisode dépressif majeur (voir p. 406). Plusieurs études suggèrent que les symptômes les plus communément observés dans le Trouble dysthymique seraient : des sentiments d'insuffisance, une perte généralisée d'intérêt ou de plaisir, un retrait social, des sentiments de culpabilité ou des ruminations à propos du passé, des sentiments subjectifs d'irritabilité ou de colère excessive, et une diminution de l'activité, de l'efficacité et de la productivité. (L'Annexe B propose une alternative au Critère B, pour la recherche, qui inclut ces symptômes). Chez les sujets présentant un Trouble dysthymique, les symptômes végétatifs (p. ex., sommeil, appétit, modifications du poids et symptômes psychomoteurs) sont moins courants que chez les sujets avant un Épisode dépressif majeur. lin Trouble dysthymique sans antécédents de Trouble dépressif majeur est un facteur de risque pour le développement ultérieur d'un Trouble dépressif majeur (dans les échantillons cliniques, jusqu'à 75 % des sujets ayant un Trouble dysthymique développeront un Trouble dépressif majeur dans les 5 ans). Le Trouble dysthymique peut être associé à une Personnalité borderline, histrionique, narcissique, évitante et dépendante. Cependant, l'évaluation des caractéristiques propres aux Troubles de la personnalité est difficile chez de tels sujets dans la mesure où les symptômes thymiques chroniques peuvent contribuer à des problèmes interpersonnels ou être associés à une altération de la perception de soi-même. D'autres troubles chroniques de l'Axe I (p. ex., Dépendance à une substance) ou des facteurs de stress psychosociaux chroniques peuvent être associés à un Trouble dysthymique chez les adultes. Chez les enfants, le Trouble dysthymique peut être associé à un Déficit de l'attention/hyperactivité, à un Trouble des conduites, à des Troubles anxieux, à des Troubles des apprentissages et à un Retard mental.

Examens complémentaires. Environ 25 à 50 % des adultes ayant un Trouble dysthymique ont en commun avec les sujets ayant un Trouble dépressif majeur certaines caractéristiques polysomnographiques (p. ex., réduction de la latence d'apparition des mouvements oculaires rapides ou MOR (sommeil paradoxal) augmentation de la densité des MOR, réduction du sommeil à ondes lentes, altération de la continuité du sommeil). Les sujets présentant des anomalies polysomnographiques ont plus souvent des antécédents familiaux de Trouble dépressif majeur (et pourraient être de meilleurs répondeurs aux médicaments antidépresseurs) que les sujets ayant un Trouble dysthymique sans de telles anomalies. Il n'est pas certain que des anomalies polysom-

nographiques soient également observées chez les sujets présentant un Trouble dysthymique « pur » (c.-à-d. sans antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs). La non-suppression au test à la dexaméthasone est peu fréquente dans le Trouble dysthymique, sauf lorsque les critères d'un Épisode dépressif majeur sont aussi réunis.

Caractéristiques liées au sexe et à l'âge

Chez les enfants, le Trouble dysthymique semble survenir tout autant chez les garçons que chez les filles et entraîne souvent une altération des performances scolaires et des interactions sociales. Les enfants et les adolescents présentant un Trouble dysthymique sont généralement irritables et grincheux autant que déprimés. Ils ont une faible estime d'eux-mêmes, sont socialement maladroits et pessimistes. A l'âge adulte, les femmes ont un risque deux à trois fois plus élevé de développer un Trouble dysthymique que les hommes.

Prévalence

La prévalence sur la vie du Trouble dysthymique (avec ou sans Trouble dépressif majeur surajouté) est approximativement de 6 %. La prévalence ponctuelle du Trouble dysthymique est approximativement de 3 %.

Évolution

Le Trouble dysthymique a souvent un début précoce et insidieux (c.-à-d. dans l'enfance, l'adolescence ou au début de la vie adulte) et son évolution est chronique. Les sujets ayant un Trouble dysthymique rencontrés en clinique présentent habituellement un Trouble dépressif majeur surajouté, qui est souvent la raison de leur demande de traitement. Lorsque le Trouble dysthymique précède le début du Trouble dépressif majeur, les chances de guérison intercurrente complète entre les Épisodes dépressifs majeurs sont diminuées et la probabilité d'avoir ultérieurement des épisodes plus fréquents est augmentée. Alors que le taux de rémission spontanée du Trouble dysthymique peut être très bas, de l'ordre de 10 % par an, le taux est significativement meilleur avec un traitement efficace. L'évolution sous traitement du Trouble dysthymique apparaît similaire à celle des autres Troubles dépressifs, qu'il y ait ou non un Trouble dépressif majeur surajouté.

Aspects familiaux

Le Trouble dysthymique est plus fréquent chez les parents biologiques du premier degré des sujets ayant un Trouble dépressif majeur que parmi la population générale. De plus, le Trouble dysthymique et le Trouble dépressif majeur sont plus fréquents chez les apparentés du premier degré des sujets présentant un Trouble dysthymique.

Diagnostic différentiel

Voir la section « Diagnostic différentiel » pour le Trouble dépressif majeur (p. 431). Le diagnostic différentiel entre Trouble dysthymique et **Trouble dépressif majeur** est rendu particulièrement difficile par le fait que les deux troubles ont en commun des symptômes similaires et par le fait que les différences qu'ils présentent dans leur début,

leur durée, leur persistance et leur sévérité ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement. Habituellement, le Trouble dépressif majeur consiste en un ou plusieurs Épisode(s) dépressif(s) majeur(s) distincts qui tranchent avec le fonctionnement habituel du sujet, alors que le Trouble dysthymique est caractérisé par des symptômes dépressifs chroniques, moins sévères, persistant pendant plusieurs années. Lorsque le Trouble dysthymique évolue depuis plusieurs années, la perturbation de l'humeur peut ne pas être facilement distinguée du fonctionnement « normal » du sujet. Si les symptômes dépressifs chroniques présents initialement sont suffisamment nombreux et sévères pour remplir les critères d'un Épisode dépressif majeur, le diagnostic est celui de Trouble dépressif majeur, chronique (si les critères sont encore remplis), ou de Trouble dépressif majeur, *en* rémission partielle (si les critères ne sont plus remplis). Le diagnostic de Trouble dysthymique n'est porté à la suite d'un Trouble dépressif majeur que si le diagnostic de Trouble dysthymique a été porté avant le premier Épisode dépressif majeur (c.-à-d. absence d'Épisode dépressif majeur au cours des deux premières années de symptômes dysthymiques), ou si une rémission complète d'un Épisode dépressif majeur a été observée (c.-à-d. pendant au moins 2 mois) avant le début du Trouble dysthymique.

Des symptômes dépressifs chroniques peuvent être une caractéristique communément associée à des **Troubles psychotiques chroniques** (p. ex., Trouble schizo-affectif, Schizophrénie, Trouble délirant). On ne fait pas un diagnostic indépendant de Trouble dysthymique si les symptômes ne surviennent qu'au cours de l'évolution du Trouble psychotique (y compris les phases résiduelles).

Le Trouble dysthymique doit être différencié d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, avec caractéristiques dépressives, est porté lorsque la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique, généralement chronique (p. ex., sclérose en plaques) (voir p. 461). Cette évaluation repose sur les antécédents, les examens complémentaires, l'examen physique. Si l'on considère que les symptômes dépressifs ne sont pas la conséquence physiologique directe de l'affection médicale générale, le de l'humeur principal est alors enregistré sur l'Axe I (p. ex., Trouble dysthymique) et l'affection médicale générale est enregistrée sur l'Axe III (p. ex., diabète sucré). Cela est le cas lorsque les symptômes dépressifs sont considérés comme étant la conséquence psychologique d'une affection médicale *générale chronique* ou lorsqu'il n'existe pas de relation étiologique entre les symptômes dépressifs et l'affection médicale générale. Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se différencie d'un Trouble dysthymique par le fait qu'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus, un médicament, l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement à la perturbation de l'humeur (voir p. 466).

Une **perturbation de la personnalité coexiste** souvent. Lorsque la présentation d'un sujet répond complètement aux critères d'un Trouble dysthymique et d'un Trouble de la personnalité, les deux diagnostics sont portés.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 précisent que dans la liste des 11 symptômes (qui comprend 5 des 6 items du DSM-IV), trois doivent être associés à l'humeur dépressive. De surcroît, la CIM-10 limite la co-occurrence d'Épisode dépressifs

majeurs à « aucun ou très peu » et spécifie qu'un trouble dysthymique peut suivre un épisode dépressif sans période de rémission complète.

Critères diagnostiques du F34.1 [300.4] Trouble dysthymique

A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par *les* autres. N.-B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an.

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes 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
(6) sentiments de perte d'espoir

C. Au cours de la période de cieux ans (un an pour les adolescents) de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Au cours des deux premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents) de la perturbation thymique, aucun Épisode dépressif majeur n'a été présent ; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un Trouble dépressif majeur chronique ou par un Trouble dépressif majeur en rémission partielle.

N.-B. : En cas d'Épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant deux mois) avant le développement du Trouble dysthymique. Par ailleurs, après les deux premières années (la première année pour les enfants et les adolescents) du Trouble dysthymique, des épisodes de Trouble dépressif majeur peuvent se surajouter : dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un Épisode dépressif majeur sont remplis.

E. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque (voir p. 417), mixte (voir p. 421), ou hypomaniaque (voir p. 425), et les critères du Trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un Trouble psychotique chronique, tel une Schizophrénie ou un Trouble délirant.

(suite)

Critères diagnostiques du F34.1 1300.41 Trouble dysthymique *(suite)*

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

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

Spécifier si :

Début précoce : si survenue du trouble avant l'âge de 21 ans
Début tardif : si survenue du trouble à l'âge de 21 ans ou après

Spécifier (pour les deux années les plus récentes du Trouble dysthymique) :

Avec caractéristiques atypiques (voir p. 480)

F32.9 ou F33.9 [311] Trouble dépressif non spécifié

La catégorie du Trouble dépressif non spécifié comprend les troubles ayant des caractéristiques dépressives qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble dysthymique, d'un Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, ou d'un Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (voir p. 784). Parfois les symptômes dépressifs sont présents dans le cadre d'un Trouble anxieux non spécifié (voir p. 558). Les exemples de Trouble dépressif non spécifié comprennent :

1. Le Trouble dysphorique prémenstruel : lors de la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, des symptômes (p. ex., humeur dépressive marquée, anxiété marquée, labilité émotionnelle marquée, diminution de l'intérêt pour les activités) sont survenus régulièrement au cours de la phase lutéale (et ont diminué peu de jours après le début des règles). Ces symptômes doivent être suffisamment sévères pour nettement perturber le travail, l'école, ou les activités habituelles, et doivent être complètement absents pendant au moins 1 semaine après les règles (voir p. 890 pour les critères proposés pour la recherche).
2. Trouble dépressif mineur : des épisodes d'au moins 2 semaines de symptômes dépressifs mais comportant moins que les cinq symptômes requis pour un Trouble dépressif majeur (voir p. 893 pour les critères proposés pour la recherche).
3. F38.10 Trouble dépressif bref récurrent : des épisodes dépressifs d'une durée de 2 jours à 2 semaines, survenant au moins une fois par mois pendant 12 mois (non associés au cycle menstruel) (voir p. 896 pour les critères proposés pour la recherche).

4. F20.4 Trouble dépressif post-psychotique de la Schizophrénie : un Épisode dépressif majeur survenant au cours de la phase résiduelle d'une Schizophrénie (voir p. 884 pour les critères proposés pour la recherche).
5. Lin Épisode dépressif majeur surajouté à un Trouble délirant, un Trouble psychotique non spécifié, ou à la phase active d'une Schizophrénie.
6. Toutes les situations où un trouble dépressif est présent d'après le clinicien, mais pour lequel ce dernier ne peut déterminer s'il est primaire, dû à une affection médicale générale, ou induit par une substance.

Troubles bipolaires

Cette section regroupe le Trouble bipolaire I, le Trouble bipolaire II, la Cyclothymie et le Trouble bipolaire non spécifié. Il existe six séries de critères distincts pour le Trouble bipolaire I : Épisode maniaque isolé, Épisode le plus récent hypomaniaque, Épisode le plus récent maniaque, Épisode le plus récent mixte, Épisode le plus récent dépressif, et Épisode le plus récent non spécifié. Le diagnostic de Trouble bipolaire 1, Épisode maniaque isolé, est utilisé chez les sujets présentant un premier Épisode maniaque. Les autres séries de critères sont utilisées pour préciser la nature de l'épisode actuel (ou du plus récent), chez des sujets ayant eu des troubles de l'humeur récurrents.

Trouble bipolaire I

Caractéristiques diagnostiques

Le Trouble bipolaire I est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs Épisodes maniaques (voir p. 412) ou Épisodes mixtes (voir p. 418). Les sujets ont souvent également présenté un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (voir p. 403). Des épisodes de Troubles de l'humeur induits par une substance (dus aux effets directs d'un médicament, d'un autre traitement somatique de la dépression, d'une substance donnant lieu à abus, ou de l'exposition à une substance toxique) ou de Troubles de l'humeur dus à une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I. De plus, les épisodes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, à un Trouble schizophréniforme, à un Trouble délirant ou à un Trouble psychotique non spécifié. Il existe une sous-classification du Trouble bipolaire I codée sur le quatrième caractère, selon que le sujet présente un premier épisode (c.-à-d. un Épisode maniaque isolé) ou un trouble récurrent. La récurrence est définie soit par une inversion de la polarité de l'épisode soit par un intervalle d'au moins 2 mois sans symptômes maniaques entre les épisodes. Une inversion de la polarité est définie par l'évolution d'un Épisode dépressif majeur vers un Épisode maniaque, ou l'évolution d'un Épisode maniaque vers un Épisode dépressif majeur. En revanche, un Épisode hypomaniaque évoluant vers un Épisode maniaque ou vers un Épisode mixte, ou un Épisode maniaque évoluant vers un Épisode mixte (ou vice versa), est considéré comme

un et un seul épisode. Pour un Trouble bipolaire I récurrent, la nature de l'épisode actuel (ou de l'épisode le plus récent) peut être précisée (Épisode le plus récent hypomaniaque, Épisode le plus récent maniaque, Épisode le plus récent mixte, Épisode le plus récent dépressif, Épisode le plus récent non spécifié).

Spécifications

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode maniaque mixte ou un Épisode dépressif majeur, les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour décrire la forme clinique actuelle et pour préciser les caractéristiques de l'épisode actuel :

Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques, Sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 473)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 480)
Avec début lors du post-partum (voir p. 485)

Si tous les critères ne sont pas actuellement remplis pour un Épisode maniaque mixte ou un Épisode dépressif majeur, les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour préciser la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I et pour préciser les caractéristiques de l'épisode le plus récent :

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 474)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 480)
Avec début lors du post-partum (voir p. 485)

Si les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour préciser les caractéristiques de l'épisode actuel (ou, si les critères ne sont pas actuellement remplis, l'épisode le plus récent du Trouble bipolaire I étant un Épisode dépressif majeur) :

Chronique (voir p. 479)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 482)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 483)

Les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour décrire les modalités évolutives des épisodes :

Spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison complète entre les épisodes) (voir p. 487)
Avec caractère saisonnier (voir p. 489)
Avec cycles rapides (voir p. 490)

Procédures d'enregistrement 1

Les codes diagnostiques pour le Trouble bipolaire I sont établis ainsi :

1. Les trois premiers chiffres (ou caractères) sont F30[296].
2. Le quatrième chiffre est 0 en cas d'épisode maniaque isolé. Pour les épisodes récurrents, le quatrième caractère précise la nature de l'épisode actuel (ou, si le Trouble bipolaire I est actuellement en rémission partielle ou complète,

1. Cf note p. 401 (N.d.T.).

la nature de l'épisode le plus récent) : 4 si l'épisode actuel ou le plus récent est un Épisode hypomaniaque ou un Épisode maniaque, 5 s'il s'agit d'un Épisode dépressif majeur, 6 si c'est d'un Épisode mixte, et 7 si l'épisode actuel ou le plus récent est non spécifié.

3. Le cinquième chiffre (excepté pour le Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent hypomaniaque et le Trouble bipolaire 1, Épisode le plus récent non spécifié) précise, si tous les critères sont remplis pour un Épisode maniaque, mixte ou dépressif majeur, le niveau de sévérité comme suit : 1 pour sévérité légère, 2 pour sévérité moyenne, 3 pour sévère sans caractéristiques psychotiques, 4 pour sévère avec caractéristiques psychotiques. Si tous les critères ne sont pas remplis pour un Épisode maniaque, mixte ou dépressif majeur, le cinquième chiffre indique la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I de la façon suivante : 5 en rémission partielle, 6 en rémission complète. Si la sévérité actuelle ou l'état clinique est non spécifiée, le cinquième caractère est 0. D'autres spécifications du Trouble bipolaire I ne peuvent être codées. Pour le Trouble bipolaire I, l'Épisode le plus récent hypomaniaque, le cinquième chiffre est toujours O. Pour le Trouble bipolaire 1, Épisode le plus récent non spécifié, il n'y a pas de cinquième caractère.

Pour l'enregistrement du diagnostic, les termes doivent être énoncés dans l'ordre suivant : Trouble bipolaire I, spécifications codées par le quatrième caractère (p. ex., Épisode le plus récent maniaque), spécifications codées par le cinquième chiffre (p. ex., léger, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle), autant de spécifications que nécessaire (sans codes) qui s'appliquent à l'épisode actuel ou le plus récent (par exemple avec caractéristiques mélancoliques, avec début lors du postpartum), et autant (le spécifications que nécessaire (sans codes) pour l'évolution des épisodes (p. ex., avec cycles rapides) ; par exemple 296.54 Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent dépressif, (l'intensité sévère avec caractéristiques psychotiques, avec caractéristiques mélancoliques, avec cycles rapides.

À noter que si l'épisode isolé (l'un Trouble bipolaire I est un Épisode mixte, le diagnostic doit indiquer F30.x [296.0x] Trouble bipolaire I, Épisode maniaque isolé, mixte.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Un décès par suicide survient chez 10 à 15 % des sujets présentant un Trouble bipolaire I. Des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ont plus de risques (le survenir lorsque le sujet présente un état dépressif ou mixte. Des sévices sur un enfant ou sur une épouse, ou d'autres comportements violents, peuvent survenir au cours d'un Épisode maniaque sévère ou au cours d'épisodes avec caractéristiques psychotiques. Les autres problèmes associés comprennent l'absentéisme scolaire, l'échec scolaire, l'échec professionnel, le divorce, ou des comportements antisociaux épisodiques. Le Trouble bipolaire est associé avec des Troubles liés à l'utilisation (l'alcool Ou (l'autres substances chez beaucoup de sujets. Les sujets dont le Trouble bipolaire commence le plus tôt ont plus de risques de présenter des antécédents de problèmes actuels liés à l'utilisation (l'alcool ou d'autres substances. L'utilisation concomitante d'alcool et d'autres substances est associée avec un nombre accru d'hospitalisations et avec une plus mauvaise évolution de la maladie. Les autres troubles mentaux associés comprennent l'Anorexie mentale, la Boulimie (Bulimia nervosa), le Déficit de l'attention/hyperactivité, le Trouble panique, et la Phobie sociale.

Examens complémentaires. 11 ne semble pas exister de résultats paracliniques permettant de faire le diagnostic de Trouble bipolaire 1 ou différenciant les Épisodes dépressifs majeurs qui surviennent dans le cadre d'un Trouble bipolaire 1 de ceux qui surviennent dans le cadre d'un Trouble dépressif majeur ou d'un Trouble bipolaire **II.** Les études d'imagerie qui comparent des groupes de sujets présentant un Trouble bipolaire I à des groupes de sujets présentant un Trouble dépressif majeur ou à des sujets sans aucun trouble de l'humeur tendent à montrer des fréquences plus élevées de lésions de l'hémisphère droit, ou de lésions sous-corticales bilatérales ou péri-ventriculaires, chez les sujets présentant un Trouble bipolaire I.

Examen physique et affections médicales générales. Un premier Épisode maniaque survenant après l'âge (le 40 ans doit alerter le clinicien sur l'éventualité d'un facteur étiologique organique ou d'une consommation de substance. Une hypothyroïdie actuelle ou ancienne ou des examens biologiques en faveur d'un hypofonctionnement thyroïdien léger peuvent être associés à des cycles rapides (voir p. 490). De plus, une hyperthyroïdie peut précipiter ou aggraver des symptômes maniaques chez des sujets ayant un Trouble de l'humeur préexistant. Cependant, une hyperythyroïdie chez des sujets sans Trouble de l'humeur préexistant n'engendre pas typiquement de symptômes maniaques.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il n'a pas été rapporté d'incidence différente du Trouble bipolaire I selon les races ou les ethnies. Certaines données permettent de penser que les cliniciens peuvent avoir tendance à sur-diagnostiquer la Schizophrénie (au détriment du Trouble bipolaire) dans certains groupes ethniques ou chez les sujets jeunes.

Environ 10 à 15 % des adolescents présentant des Épisodes dépressifs majeurs récurrents développent ultérieurement un Trouble bipolaire I. Les Épisodes mixtes semblent plus fréquents chez les adolescents et les adultes jeunes que chez les adultes plus âgés.

Des études épidémiologiques récentes menées aux États-Unis ont indiqué que le Trouble bipolaire I est approximativement aussi fréquent chez les hommes et chez les femmes (à la différence du Trouble dépressif majeur, plus fréquent chez les femmes). Le sexe semble avoir des liens avec le nombre et le type des Épisodes maniaques ou dépressifs. Chez les hommes, le premier épisode est plus souvent un Épisode maniaque. Chez les femmes, le premier épisode est plus souvent un Épisode dépressif majeur. Chez les hommes, le nombre des Épisodes maniaques est égal ou supérieur au nombre des Épisodes dépressifs majeurs, alors que chez les femmes les Épisodes dépressifs majeurs prédominent. De plus, les cycles rapides (voir p. 490) sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Certaines données suggèrent que les symptômes dépressifs ou mixtes au cours des Épisodes maniaques sont plus fréquents chez les femmes également, bien que toutes les études ne soient pas concordantes. Ainsi, les femmes pourraient être particulièrement à risque vis-à-vis (les symptômes dépressifs ou thymiques mixtes. Les femmes présentant un Trouble bipolaire I ont un risque accru de développer ultérieurement (les épisodes (souvent psychotiques) dans la période du post-partum. Certaines femmes présentent leur premier épisode dans la période du post-partum. La spécification avec début lors du post-partum doit être utilisée pour indiquer que le début de l'épisode se situe dans les 4 semaines après

l'accouchement (voir p. 485). La période prémenstruelle peut être associée à une aggravation d'un Épisode dépressif majeur, maniaque, hypomaniaque ou mixte en cours.

Prévalence

La prévalence sur la vie du Trouble bipolaire I en population générale varie entre 0,4 et 1,6

Évolution

L'âge de début moyen est de 20 ans chez les hommes comme chez les femmes. Le Trouble bipolaire I est un trouble récurrent. Plus de 90 % des sujets présentant un premier Épisode maniaque ont ultérieurement d'autres épisodes. Environ 60-70 % des Épisodes maniaques surviennent immédiatement après ou avant un Épisode dépressif majeur. Les Épisodes maniaques précèdent ou suivent souvent les Épisodes dépressifs majeurs selon des modalités propres à chaque sujet. Le nombre d'épisodes sur la vie (à la fois maniaques et dépressifs majeurs) tend à être plus élevé au cours du Trouble bipolaire I qu'au cours d'un Trouble dépressif majeur, récurrent. Les études effectuées sur l'évolution du Trouble bipolaire I avant l'instauration d'un traitement préventif par le lithium suggèrent une moyenne de 4 épisodes sur 10 ans. L'intervalle entre deux épisodes tend à diminuer avec l'âge du sujet. Il est probable que les modifications du rythme veille-sommeil, telles qu'on les rencontre lors des voyages transméridiens ou lors de privations de sommeil, puissent précipiter ou exacerber un Épisode maniaque, mixte, ou hypomaniaque. Environ 5 à 15 % des sujets présentant un Trouble bipolaire I ont plusieurs (4 ou plus) épisodes thymiques (dépressif majeur, maniaque, mixte, ou hypomaniaque) dans une même année. Si telle est la modalité évolutive, elle doit être indiquée à l'aide de la spécification : avec cycles rapides : (voir p. 490). Elle est associée à un pronostic moins favorable.

Bien que la majorité des sujets présentant un Trouble bipolaire I connaisse une réduction symptomatique significative entre les épisodes, certains (20-30 %) continuent à présenter une labilité de l'humeur et d'autres symptômes résiduels. Jusqu'à 60 % connaissent des difficultés chroniques interpersonnelles ou professionnelles entre les épisodes aigus. Des symptômes psychotiques peuvent se développer après des jours ou des semaines d'évolution d'un Épisode initialement maniaque ou mixte sans caractéristiques psychotiques. Lorsqu'un sujet présente des Épisodes maniaques avec caractéristiques psychotiques, les épisodes ultérieurs s'accompagnent souvent de caractéristiques psychotiques. Une guérison incomplète entre les épisodes est plus fréquente lorsque l'épisode en cours s'accompagne de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Aspects familiaux

Les parents biologiques du premier degré des sujets présentant un Trouble bipolaire I ont des taux de prévalence élevés de Trouble bipolaire I (4-24 %), rie Trouble bipolaire II (1-5 %) et de Trouble dépressif majeur (4-24 %). Les sujets ayant des parents biologiques du premier degré présentant des Troubles de l'humeur ont plus de risques d'avoir un âge de début plus précoce. Les études de jumeaux et d'adoption fournissent des arguments solides en faveur d'une influence génétique dans le Trouble bipolaire I.

Diagnostic différentiel

Les Épisodes dépressifs majeurs, maniaques, mixtes et hypomaniaques doivent être différenciés des épisodes d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale lorsque l'épisode est considéré comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (p. ex., une sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral ou une hypothyroïdie) (voir p. 461). Ce diagnostic différentiel se fonde sur *les* antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires.

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue d'un Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte survenant dans le cadre d'un Trouble bipolaire I par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement au trouble de l'humeur (voir p. 466). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque peuvent survenir au cours d'une intoxication par une substance donnant lieu à abus ou lors d'un sevrage et doivent être diagnostiqués alors comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., une humeur euphorique qui survient uniquement dans le contexte d'une intoxication par la cocaïne doit être diagnostiquée comme un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques maniaques, et avec début pendant une intoxication). Des symptômes semblables à ceux d'un Épisode maniaque ou mixte peuvent également être déclenchés par un traitement antidépresseur comme un médicament, une sismothérapie, ou une photothérapie. De tels épisodes sont diagnostiqués comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., Trouble de l'humeur induit par l'amitriptyline, avec caractéristiques maniaques ; Trouble de l'humeur induit par la sismothérapie, avec caractéristiques maniaques). Cependant, lorsque la substance consommée ou le médicament n'est pas considéré comme rendant compte à lui seul de l'épisode (p. ex., si l'épisode persiste de manière autonome sur une longue période après l'arrêt des prises), l'épisode doit contribuer au diagnostic de Trouble bipolaire L

I In Trouble bipolaire I doit être distingué d'un **Trouble dépressif majeur** et d'un **Trouble dysthymique** par la survenue au cours de la vie d'au moins un Épisode maniaque ou mixte. Un Trouble bipolaire I se différencie d'un Trouble bipolaire II par la présence d'au moins un Épisode maniaque ou mixte. Lorsqu'un sujet qui présentait auparavant un diagnostic de Trouble bipolaire II développe un Épisode maniaque ou mixte, le diagnostic devient celui d'un Trouble bipolaire I.

Dans le **Trouble cyclothymique,** il existe de nombreuses périodes où des symptômes hypomaniaques sont présents sans répondre aux critères d'un Épisode maniaque et des périodes où des symptômes dépressifs sont présents sans répondre aux critères symptomatiques et de durée (l'un Épisode dépressif majeur. Le Trouble bipolaire I se différencie d'un Trouble cyclothymique par l'existence d'au moins un Épisode maniaque ou mixte. Si un Épisode maniaque ou mixte survient après les 2 premières années d'un Trouble cyclothymique, les diagnostics de Trouble cyclothymique et de Trouble bipolaire I peuvent être portés conjointement.

Le diagnostic différentiel entre **Troubles psychotiques** (p. ex., un Trouble schizo-affectif, une Schizophrénie ou un Trouble délirant) et Trouble bipolaire I peut être difficile (en particulier chez les adolescents) car ces troubles peuvent partager un certain nombre de symptômes communs (p. ex., des idées délirantes de grandeur ou de persécution, une irritabilité, une agitation et des symptômes catatoniques), notamment au cours de certaines périodes et au début de leur évolution. Contrairement au Trouble

bipolaire I. la Schizophrénie, le Trouble schizo-affectif et le Trouble délirant sont tous caractérisés par des périodes où les symptômes psychotiques surviennent en l'absence de troubles de l'humeur prononcés. D'autres éléments utiles au diagnostic sont les symptômes associés, l'évolution antérieure et les antécédents familiaux. Des symptômes dépressifs et maniaques peuvent être présents au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble délirant et d'un Trouble psychotique non spécifié, mais sont rarement suffisants en nombre, en durée et en intensité pour répondre aux critères d'un Épisode maniaque ou d'un Épisode dépressif majeur. Cependant, lorsque tous les critères sont remplis, (ou que les symptômes ont une signification clinique particulière), un diagnostic de **Trouble bipolaire non spécifié** peut être porté en plus du diagnostic de Schizophrénie, de Trouble délirant, ou de Trouble psychotique non spécifié.

S'il existe une alternance très rapide (sur quelques jours) de symptômes maniaques et dépressifs (p. ex., plusieurs jours de symptômes purement maniaques suivis de plusieurs jours de symptômes purement dépressifs) qui ne répondent pas aux critères de durée d'un Épisode maniaque ou d'un Épisode dépressif majeur, le diagnostic est celui (l'un **Trouble bipolaire non spécifié.**

Critères diagnostiques du F30.x 1296.0x] Trouble bipolaire I, Episode maniaque isolé

A. Présence d'un seul Épisode maniaque (voir p. 417) et aucun antécédent d'épisode dépressif majeur.

N.-B. La récurrence est définie soit par le changement de polarité d'une dépression, soit par l'existence d'un intervalle d'au moins 2 mois sans symptômes maniaques.

B. L'Épisode maniaque n'est pas mieux expliqué par un Trouble schizo-affectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

Spécifier :

Mixte : si les symptômes remplissent les critères d'un Épisode mixte (voir p. 421)

Sitous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode maniaque, mixte ou un Épisode dépressif majeur, *spécifier* sa forme clinique actuelle et/ou ses caractéristiques :

Léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/ sévère Avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères ne sont actuellement pas remplis pour un Épisode maniaque, mixte ou un Épisode dépressif majeur, *spécifier* la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I ou les caractéristiques de l'épisode le plus récent :

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 475)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

- **Critères diagnostiques du F31.0 [296.401 Trouble bipolaire I, Episode le plus récent hypomaniaque**

A. Épisode hypomaniaque actuel (où l'épisode le plus récent est un Épisode hypomaniaque) (voir p. 425).

B. Au moins un antécédent d'Épisode maniaque (voir p. 417) ou d'Épisode mixte (voir p. 421).

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

D. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

Spécifier :

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 490)
Avec cycles rapides (voir p. 491)

- **Critères diagnostiques du F31.x [296.4x] Trouble bipolaire I, Episode le plus récent maniaque**

A. Épisode maniaque actuel (où l'épisode le plus récent est un Épisode maniaque) (voir p. 417).

B. Au moins un antécédent d'Épisode dépressif majeur (voir p. 411), d'Épisode maniaque (voir p. 417) ou d'Épisode mixte (voir p. 421).

C. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode maniaque, *spécifier* sa forme clinique actuelle et/ou ses caractéristiques :

Léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/ sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F31.x 1296.4x] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent maniaque *(suite)*

Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du **post-partum** (voir p. 487,

Si tous les critères ne sont actuellement pas remplis pour un Épisode maniaque, *spécifier* la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I et/ou les caractéristiques de l'Épisode maniaque le plus récent :
En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 475)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Spécifier :
Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 490)
Avec cycles rapides (voir p. 491)

• Critères diagnostiques du F31.6 [296.6x] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent mixte

A. Épisode mixte actuel (où l'épisode le plus récent est un Épisode mixte) (voir p. 421).

B. Au moins un antécédent «Épisode dépressif majeur (voir p. 411), d'Épisode maniaque (voir p. 417) ou «Épisode mixte (voir p. 421).

C. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble Schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode mixte, *spécifier* sa forme clinique actuelle et/ou ses caractéristiques :
Léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/ sévère Avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères ne sont actuellement pas remplis pour un Épisode mixte, *spécifier* la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire I et/ou les caractéristiques de l'Épisode mixte le plus récent :

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F31.6 [296.6x] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent mixte *(.suite)*

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 475)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Spécifier

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 490)
Avec cycles rapides (voir p. 491)

■ Critères diagnostiques du F31.x [296.5x] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent dépressif

A. Épisode dépressif majeur actuel (où l'épisode le plus récent est un Épisode dépressif majeur) (voir p. 411).

B. Au moins un antécédent d'Épisode maniaque (voir p. 417) ou d'Épisode mixte (voir p. 421).

C. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, *spécifier* sa forme clinique actuelle et/ou ses caractéristiques :
Léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/ sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères ne sont pas actuellement réunis pour un Épisode dépressif majeur, *spécifier* la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire et/ou les caractéristiques de l'épisode dépressif majeur le plus récent :

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F31.x 1296.5x] Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent dépressif *(suite)*

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 475)
Chronique (voir p. 480)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)
Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Spécifier :

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 490)
Avec cycles rapides (voir p. 491)

■ Critères diagnostiques du F31.9 [296.7] Trouble bipolaire I, Episode le plus récent non spécifié

A. Les critères, sauf pour la durée, sont actuellement réunis (où l'ont été lors de l'épisode le plus récent) pour un diagnostic d'épisode maniaque (voir p. 417), hypomaniaque (voir p. 425), mixte (voir p. 421) ou dépressif majeur (voir p. 411).

B. Au moins un antécédent d'Épisode maniaque (voir p. 417) ou d'Épisode mixte (voir p. 421).

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

D. Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

E. Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament ou un autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., une hypothyroïdie).

Spécifier :

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 490)
Avec cycles rapides (voir p. 491)

F31.8 1296.891 Trouble bipolaire II (Épisodes dépressifs majeurs récurrents avec Épisodes hypomaniaques)

Caractéristiques diagnostiques

Le Trouble bipolaire II est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou rie plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (Critère A) accompagnés d'au moins un Épisode hypomaniaque (Critère B). Les Épisodes hypomaniaques ne doivent pas être confondus avec la période euthymique de plusieurs jours qui peut suivre la rémission d'un Épisode dépressif majeur. L'existence d'un Épisode maniaque ou mixte exclut le diagnostic de Trouble bipolaire II (Critère C). Des épisodes de Trouble de l'humeur induit par une substance (dus aux effets physiologiques directs d'un médicament ou d'un autre traitement somatique rie la dépression, d'une substance donnant lieu à abus, ou de l'exposition à une substance toxique) ou *de* Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II. De plus, les épisodes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, à un Trouble schizophréniforme, à un Trouble délirant ni à un Trouble psychotique non spécifié (Critère D). Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement (Critère E). Dans certains cas, les symptômes hypomaniaques eux-mêmes n'ont pas de retentissement sur le fonctionnement. L'altération du fonctionnement peut alors provenir des Épisodes dépressifs majeurs ou des épisodes thymiques évoluant de manière imprévisible, et d'un fonctionnement interpersonnel ou professionnel fluctuant et peu fiable.

Les sujets présentant un Trouble bipolaire II peuvent ne pas ressentir les Épisodes hypomaniaques comme pathologiques, bien que les autres puissent être perturbés par le comportement erratique du sujet. Souvent, en particulier lors d'un Épisode dépressif majeur, les sujets ne *se* souviennent pas des périodes d'hypomanie si leurs amis proches ou leur famille ne le leur rappellent pas. Les informations provenant d'autres informateurs sont souvent très importantes pour établir un diagnostic de Trouble bipolaire II.

Spécifications

Les spécifications suivantes concernant le Trouble bipolaire II doivent être utilisées pour indiquer la nature de l'épisode actuel ou de l'épisode le plus récent :

Hypomaniaque. Cette spécification est utilisée si l'épisode actuel (ou le plus récent) est un Épisode hypomaniaque.

Dépressif. Cette spécification est utilisée si l'épisode actuel (ou le plus récent) est un Épisode dépressif majeur.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour décrire la forme clinique actuelle de l'épisode et les caractéristiques de l'épisode actuel :

Léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 473)
Chronique (voir p. 479)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 480)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 482)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 483)
Avec début lors du post-partum (voir p. 485)

Si tous les critères *ne* sont actuellement *pas remplis pour un Épisode hypomaniaque* ou un *Épisode dépressif* majeur, *les* spécifications suivantes peuvent être utilisées pour décrire la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire II et pour décrire les caractéristiques de l'Épisode dépressif majeur le plus récent (uniquement s'il s'agit du type d'épisode thymique le plus récent) :

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 474)
Chronique (voir p. 479)
Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 480)
Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 482)
Avec caractéristiques atypiques (voir p. 483)
Avec début lors du post-partum (voir p. 485)

Les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour indiquer les modalités évolutives ou la fréquence des épisodes :

Spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 487)
Avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des Épisodes dépressifs majeurs) (voir p. 489)
Avec cycles rapides (voir p. 490)

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique d'un Trouble bipolaire 11 est F31.8 [296.89] ; aucune des spécifications ne peut être codée. Lors de l'enregistrement du diagnostic, les termes doivent être énoncés clans l'ordre suivant : Trouble bipolaire II, spécifications concernant l'épisode actuel ou le plus récent (p. ex., hypomaniaque, dépressif), les spécifications de sévérité s'appliquant à l'Épisode dépressif majeur actuel ou le plus récent (p. ex., moyen), et toutes les spécifications décrivant les caractéristiques s'appliquant à l'Épisode dépressif majeur actuel ou le plus récent (p. ex., avec caractéristiques mélancoliques, avec début lors du post-partum), et toutes les spécifications s'appliquant au cours évolutif des épisodes (p. ex., caractère saisonnier) : F31.8 [296.89] Trouble bipolaire II, dépressif, sévère avec caractéristiques psychotiques, avec caractéristiques mélancoliques, avec caractère saisonnier).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Le risque de mort par suicide (en général au cours d'un Épisode dépressif majeur) est réel, survenant dans environ 10 à 15 % des cas de Trouble bipolaire II. lin absentéisme et un échec scolaire, un échec professionnel ou un divorce peuvent être liés à un Trouble bipolaire II. Les

troubles mentaux associés incluent la Dépendance ou l'Abus rie substance, l'Anorexie mentale, la Boulimie, le Déficit de l'attention/hyperactivité, le Trouble panique, la Phobie sociale, et la Personnalité borderline.

Examens complémentaires. Il ne semble pas exister de résultats d'examens complémentaires permettant de faire le diagnostic de Trouble bipolaire I ou différenciant les Épisodes dépressifs majeurs qui surviennent clans le cadre d'un Trouble bipolaire II de ceux qui surviennent clans le cadre d'un Trouble dépressif majeur ou d'un Trouble bipolaire I.

Examen physique et affections médicales générales. Un premier Épisode hypomaniaque survenant après l'âge de 40 ans doit alerter le clinicien sur l'éventualité d'un facteur étiologique organique ou d'une consommation de substance. Une hypothyroïdie actuelle ou ancienne ou des examens biologiques en faveur d'un hypofonctionnement thyroïdien léger peuvent être associés à des cycles rapides (voir p. 490). De plus, une hyperthyroïdie peut précipiter ou aggraver des symptômes maniaques chez des sujets ayant un Trouble de l'humeur préexistant. Cependant, une hyperthyroïdie chez des sujets sans Trouble de l'humeur préexistant n'engendre pas typiquement de symptômes maniaques.

Caractéristiques liées au sexe

Le Trouble bipolaire II semble plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Il semble exister des liens entre le sexe et le nombre et le type des Épisodes hypomaniaques et des Épisodes dépressifs majeurs. Chez les hommes, le nombre des Épisodes hypomaniaques est égal ou supérieur au nombre des Épisodes dépressifs majeurs, alors que chez les femmes les Épisodes dépressifs majeurs prédominent. De plus, les cycles rapides (voir p. 490) sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Certaines données suggèrent que les symptômes dépressifs ou mixtes au cours des Épisodes hypomaniaques sont plus fréquents chez les femmes également, bien que toutes les études ne soient pas concordantes. Ainsi, les femmes pourraient être particulièrement à risque vis-à-vis des symptômes dépressifs ou thymiques mixtes. Les femmes ayant un Trouble bipolaire II semblent présenter un risque accru de développer des épisodes dans la période suivant immédiatement le post-partum.

Prévalence

Les études en population générale suggèrent un taux de prévalence sur la vie du Trouble bipolaire II d'environ 0,5 %.

Évolution

Environ 60-70 % des Épisodes hypomaniaques au cours du Trouble bipolaire II surviennent immédiatement avant ou après un Épisode dépressif majeur. Les Épisodes hypomaniaques précèdent ou suivent souvent les Épisodes dépressifs majeurs selon une des modalités évolutives propres à chaque sujet. Le nombre d'épisodes sur la vie (à la fois hypomaniaques et dépressifs majeurs) tend à être plus élevé au cours du Trouble bipolaire 11 qu'au cours du Trouble dépressif majeur, récurrent. L'intervalle entre deux épisodes tend à diminuer avec l'âge du sujet. Environ 5 à 15 % des sujets

présentant un Trouble bipolaire II ont plusieurs (4 ou plus) épisodes thymiques (dépressif majeur ou hypomaniaque) dans la même année. Si le cours évolutif est celui-ci, il doit être indiqué à Pairle de la spécification avec cycles rapides (voir p. 490). Un cours évolutif à cycles rapides est associé à un pronostic moins favorable.

Bien que la majorité des sujets présentant un Trouble bipolaire II retrouvent un niveau de fonctionnement complètement normal entre les épisodes, environ 15 % d'entre eux continuent à présenter une labilité de l'humeur et des difficultés relationnelles ou professionnelles. Il n'existe pas rie symptômes psychotiques au cours d'un Épisode hypomaniaque, et ceux-ci semblent moins fréquents au cours des Épisodes dépressifs majeurs survenant dans le cadre d'un Trouble bipolaire II que dans celui d'un Trouble bipolaire I. Certaines données confirment que les modifications importantes du rythme veille-sommeil, telles qu'on les rencontre au cours des voyages transméridiens ou ries privations de sommeil, peuvent déclencher ou exacerber les Épisodes hypomaniaques ou les Épisodes dépressifs majeurs. Si un Épisode mixte ou maniaque survient au cours de l'évolution d'un Trouble bipolaire II, le diagnostic doit être modifié pour celui d'un Trouble bipolaire I. Sur 5 ans, environ 5 à 15 % des sujets présentant un Trouble bipolaire II développent un Épisode maniaque.

Aspects familiaux

Certaines études ont montré que les parents biologiques du premier degré des sujets présentant un Trouble bipolaire II ont des taux de prévalence élevés de Trouble bipolaire II, de Trouble bipolaire I, et de Trouble dépressif majeur par rapport à la population générale.

Diagnostic différentiel

Les Épisodes hypomaniaques et les Épisodes dépressifs majeurs survenant dans le cadre d'un Trouble bipolaire II doivent être différenciés des épisodes d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale lorsque l'épisode est considéré comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (p. ex., une sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral ou une hypothyroïdie) (voir p. 461). Ce diagnostic différentiel s'appuie sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen somatique.

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue des Épisodes hypomaniaques et des Épisodes dépressifs majeurs survenant dans le cadre d'un Trouble bipolaire II par le fait qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) est considérée comme liée étiologiquement au trouble de l'humeur (voir p. 466). Des symptômes semblables à ceux d'un épisode hypomaniaque peuvent survenir au cours d'une intoxication, ou lors du sevrage d'une substance donnant lieu à abus et doivent être diagnostiques alors comme des Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., un épisode ayant l'allure d'un Épisode dépressif majeur qui survient uniquement dans le contexte d'un sevrage de la cocaïne doit être diagnostiqué comme un Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques dépressives. et avec début pendant un sevrage). Des symptômes semblables à ceux d'un épisode hypomaniaque peuvent également être déclenchés par un traitement antidépresseur comme un médicament, la sismothérapie, ou la photothérapie. Ces épisodes sont diagnostiqués comme des Troubles de l'humeur

induits par une substance (p. ex., Trouble de l'humeur induit par l'amitriptyline, avec caractéristiques maniaques ; Trouble de l'humeur induit par la sismothérapie, avec caractéristiques maniaques). Cependant, lorsque la substance consommée ou le médicament ne rend pas compte à lui seul de l'épisode (p. ex., si l'épisode persiste de manière autonome sur une longue période après l'arrêt des prises), l'épisode doit contribuer au diagnostic de Trouble bipolaire Il.

Un Trouble bipolaire 11 doit être distingué d'un **Trouble dépressif majeur** par la survenue au cours de la vie d'au moins un Épisode hypomaniaque. Une attention particulière doit être portée durant l'interrogatoire sur l'existence d'antécédents d'hypomanie euphorique ou dysphorique pour le diagnostic différentiel. Un Trouble bipolaire II se différencie d'un **Trouble bipolaire I** par la présence clans le second cas d'au moins un Épisode maniaque ou mixte. Lorsqu'un sujet qui présentait auparavant un diagnostic de Trouble bipolaire II développe un Épisode maniaque ou mixte, le diagnostic devient celui de Trouble bipolaire I.

Dans le **Trouble cyclothymique,** il existe de nombreuses périodes où des symptômes hypomaniaques sont présents et de nombreuses périodes où des symptômes dépressifs sont présents sans répondre aux critères symptomatiques et de durée d'un Épisode dépressif majeur. Le Trouble bipolaire II se différencie d'un Trouble cyclothymique par l'existence d'au moins un Épisode dépressif majeur. Si un Épisode dépressif majeur survient après les 2 premières années d'un Trouble cyclothymique, un diagnostic additionnel de Trouble bipolaire II est porté.

Le Trouble Bipolaire II doit être différencié des **Troubles psychotiques** (p. ex., du Trouble schizo-affectif, de la Schizophrénie ou du Trouble délirant). La Schizophrénie, le Trouble Schizo-affectif et le Trouble délirant sont tous caractérisés par des périodes où les symptômes psychotiques surviennent en l'absence de troubles de l'humeur prononcés. D'autres éléments utiles au diagnostic sont les symptômes associés, l'évolution antérieure et les antécédents familiaux.

Critères diagnostiques du F31.8 [296.89] Trouble bipolaire 11

A. Présence (ou antécédent) d'un ou de plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (voir p. 411).

B. Présence (ou antécédent) d'au moins un Épisode hypomaniaque (voir p. 425).

C. Il n'a jamais existé d'Épisode maniaque (voir p. 417) ni d'Épisode mixte (voir p. 421).

D. Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

E. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou clans d'autres domaines importants.

(suite)

❑ Critères diagnostiques du F31.8 1296.891 Trouble bipolaire II *(suite)*

spécifier épisode actuel ou le plus récent :

Hypomaniaque : si l'épisode actuel (ou le plus récent) est un Épisode hypomaniaque (voir p. 425)

Dépressif : si l'épisode actuel (ou le plus récent) est un Épisode dépressif majeur (voir p. 411)

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Épisode dépressif majeur, *spécifier* sa forme clinique actuelle et/ou ses caractéristiques :

Léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/ sévère avec caractéristiques psychotiques (voir p. 474) N.-B. : Le cinquième chiffre des codes indiqués en p. 474 ne peut pas être utilisé ici car le code du Trouble bipolaire II utilise déjà le cinquième chiffre.

Chronique (voir p. 480)

Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)

Avec *caractéristiques mélancoliques* (voir p. *483)*

Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)

Avec début lors du post-partum (voir p. 487)

Si tous les critères ne sont actuellement pas remplis pour un Épisode hypomaniaque ou un Épisode dépressif majeur, *spécifier* la forme clinique actuelle du Trouble bipolaire II et/ou les caractéristiques de l'Épisode dépressif majeur le plus récent (uniquement s'il s'agit du type d'épisode thymique le plus récent) :

En rémission partielle, en rémission complète (voir p. 475) N.-B. : le cinquième chiffre des codes indiqués en p. 474 ne peut pas être utilisé ici car le code du Trouble bipolaire Il utilise déjà le cinquième chiffre.

Chronique (voir p. 480)

Avec caractéristiques catatoniques (voir p. 481)

Avec caractéristiques mélancoliques (voir p. 483)

Avec caractéristiques atypiques (voir p. 485)

Avec début lors **du** post-partum (voir p. 487)

Spécifier :

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes) (voir p. 489)

Avec caractère saisonnier (voir p. 490)

Avec cycles rapides (voir p. 491)

F34.0 [301.131 Trouble cyclothymique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'un Trouble cyclothymique est une évolution chronique et fluctuante de trouble de l'humeur comportant de nombreuses périodes de symptômes hypomaniaques (voir p. 421) et de nombreuses périodes de symptômes dépressifs (voir p. 403) (Critère A). Les symptômes hypomaniaques sont insuffisants en nombre, en sévérité, en étendue ou en durée pour répondre complètement aux critères d'un Épisode hypomaniaque, et les symptômes dépressifs sont insuffisants en nombre, en sévérité, en étendue ou en durée pour répondre complètement aux critères d'un Épisode dépressif majeur. Cependant, il n'est pas nécessaire que les périodes de symptômes hypomaniaques remplissent les critères de durée ou de seuil symptomatique d'un Épisode hypomaniaque. Sur une période de 2 ans (1 an pour les enfants et les adolescents), il n'a existé aucune période de plus de 2 mois libre de tout symptôme (Critère B). Le diagnostic de Trouble cyclothymique est porté uniquement si les 2 premières années des symptômes cyclothymiques n'ont pas comporté d'Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte (Critère C). Après la période initiale de 2 ans du Trouble cyclothymique, des Épisodes maniaques ou mixtes peuvent être surajoutés, et dans ce cas les deux diagnostics de Trouble cyclothymique et de Trouble bipolaire I sont posés conjointement. De même, après la période initiale de 2 ans du Trouble cyclothymique, des Épisodes dépressifs majeurs peuvent être surajoutés, et dans ce cas les deux diagnostics de Trouble cyclothymique et de Trouble bipolaire II sont posés conjointement. On ne fait pas le diagnostic si les modalités des virages de l'humeur correspondent plutôt à un Trouble Schizo-affectif ou si elles sont surajoutées à un Trouble psychotique, comme une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant ou un Trouble psychotique non spécifié (Critère D), auquel cas les symptômes thymiques sont considérés comme des caractéristiques associées au Trouble psychotique. La perturbation de l'humeur ne doit pas non plus être due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., d'une substance donnant lieu à abus ou d'un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., une hyperthyroïdie) (Critère E). Même si certains sujets peuvent avoir un fonctionnement particulièrement bon au cours de certaines périodes hypomaniaques, la perturbation de l'humeur doit être dans l'ensemble à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère F). L'altération du fonctionnement peut être la conséquence des périodes prolongées de changements cycliques et souvent imprévisibles de l'humeur (p. ex., le sujet peut être considéré comme capricieux, lunatique, imprévisible, incohérent ou peu fiable).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Des Troubles liés à une substance ou à des Troubles du sommeil (c.-à-d. des difficultés à initier ou à maintenir le sommeil) peuvent exister.

Caractéristiques liées au sexe et à l'âge

Le Trouble cyclothymique débute souvent tôt dans la vie et est parfois considéré comme reflétant un tempérament prédisposant à d'autres troubles de l'humeur (en par-

ticulier les Troubles bipolaires). En population générale, le Trouble cyclothymique semble aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes. En milieu clinique, les femmes présentant un Trouble cyclothymique semblent consulter plus fréquemment que les hommes pour demander un traitement.

Prévalence

Certaines études ont rapporté des taux de prévalence sur la vie du Trouble cyclothymique variant entre 0,4 et 1 %. Les prévalences dans les centres spécialisés dans les troubles de l'humeur peuvent varier entre 3 et 5 X.

Évolution

Le Trouble cyclothymique débute habituellement dans l'adolescence ou a l'âge adulte jeune. Un début tardif à l'âge adulte peut faire envisager un Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale comme une sclérose en plaques. Le Trouble cyclothymique a habituellement un début insidieux et une évolution chronique. Le risque de développer ultérieurement un Trouble bipolaire I ou II est de 15 à 50 %.

Aspects familiaux

Le Trouble dépressif majeur et le Trouble bipolaire 1 ou **II** semblent plus fréquents chez les parents biologiques du premier degré de sujets présentant un Trouble cyclothymique que clans la population générale. Il pourrait exister également un risque familial accru pour les Troubles liés à une substance. De plus, le Trouble cyclothymique pourrait être plus fréquent chez les parents biologiques (lu premier degré de sujets présentant un Trouble bipolaire I.

Diagnostic Différentiel

Le Trouble cyclothymique doit être différencié d'un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale lorsque la perturbation de l'humeur est considérée comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale spécifique et habituellement chronique (p. ex., une hyperthyroïdie) (voir p. 461). Ce diagnostic différentiel s'appuie sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si l'on considère que les symptômes dépressifs ne sont pas la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, le Trouble de l'humeur principal est alors enregistré sur l'Axe I (p. ex., Trouble cyclothymique) et l'affection médicale générale est enregistrée sur l'Axe III. Ce peut être le cas si les symptômes thymiques sont considérés comme la conséquence psychologique d'une affection médicale chronique ou s'il n'existe aucun lien étiologique entre les symptômes thymiques et le facteur organique.

Un **Trouble de l'humeur induit par une substance** se distingue du Trouble cyclothymique par le fait qu'une substance (essentiellement des stimulants) est considérée comme liée étiologiquement au trouble de l'humeur (voir p. 466). Les oscillations fréquentes de l'humeur, ayant l'allure d'un Trouble cyclothymique, disparaissent généralement après l'arrêt de l'utilisation de la substance.

Le Trouble bipolaire I, avec cycles rapides, et **le Trouble bipolaire II, avec cycles rapides,** peuvent tous deux ressembler à un Trouble cyclothymique en raison des changements fréquents et marqués de l'humeur. Par définition, les états thymiques

au cours d'un Trouble cyclothymique ne remplissent jamais les critères d'un Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte, alors que la spécification avec cycles rapides nécessite la présence d'épisodes thymiques complets. Si un Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte survient au cours de l'évolution d'un Trouble cyclothymique établi, le diagnostic, soit de Trouble bipolaire 1 (pour un Épisode maniaque ou mixte) soit de Trouble bipolaire II (pour un Épisode dépressif majeur), est porté en plus de celui de Trouble cyclothymique.

La **Personnalité borderline** est associée à des changements marqués de l'humeur qui peuvent faire évoquer un Trouble cyclothymique. Si les critères sont remplis pour chacun des deux troubles, les diagnostics de Personnalité borderline et de Trouble cyclothymique peuvent être portés conjointement.

Relations avec les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence de ceux du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 fournissent une liste de symptômes qui doivent être présents au cours d'hypomanie et d'humeur dépressive. Cette liste diffère de celles proposées par la CIM-10 pour les Troubles dysthymique et hypomaniaque dans les ensembles de critères correspondants.

Critères diagnostiques du F34.0 [301.131 Trouble cyclothymique

A. Existence, pendant au moins 2 ans, de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques (voir p. 425) sont présents et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un Épisode dépressif majeur.

N.-B. : Chez les enfants et les adolescents, la durée doit être d'au moins un an.

B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus (1 an chez les enfants et les adolescents), le sujet n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes décrits au Critère A.

C. Aucun Épisode dépressif majeur (voir p. 411), Épisode maniaque (voir p. 417) ou mixte (voir p. 421) n'est survenu au cours des 2 premières années du trouble.

N.-B. : Après la période initiale de 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents) du Trouble cyclothymique, il peut exister des Épisodes maniaques ou mixtes (auquel cas les diagnostics de Trouble bipolaire I et de Trouble cyclothymique peuvent être portés conjointement) ou des Épisodes dépressifs majeurs (auquel cas les diagnostics de Trouble bipolaire II et de Trouble cyclothymique peuvent être portés conjointement).

D. Les symptômes thymiques évoqués au Critère A ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F34.0 1301.131 Trouble cyclothymique *(suite)*

E. Les symptômes thymiques évoqués au Critère A ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., une hyperthyroïdie).

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

F30.9 ou F31.9 (296.801 Trouble bipolaire non spécifié

La catégorie du Trouble bipolaire non spécifié regroupe des troubles avant des caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble bipolaire spécifié. Des exemples en sont :

1. Une alternance très rapide, sur quelques jours, de symptômes maniaques et dépressifs qui atteignent le seuil de critères symptomatiques mais pas les critères de durée minimale d'Épisode maniaque, d'Épisode hypomaniaque ou d'Épisode dépressif majeur.
2. Des Épisodes hypomaniaques récurrents sans symptômes dépressifs entre les épisodes.
3. Un Épisode maniaque ou mixte surajouté à un Trouble délirant, à une Schizophrénie résiduelle, ou à un Trouble psychotique non spécifié.
4. Des Épisodes hypomaniaques, s'accompagnant de symptômes dépressifs chroniques, qui ne sont pas assez fréquents pour remplir les critères diagnostiques de Trouble cyclothymique.
5. Une situation au cours de laquelle le clinicien a conclu à l'existence d'un Trouble bipolaire mais n'est pas en mesure de déterminer s'il s'agit d'un trouble primaire, ou d'un trouble dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.

Autres Troubles de l'humeur

F06.3x [293.831 Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale est une perturbation thymique au premier plan et persistante considérée comme

la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. La perturbation thymique peut impliquer une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, ou bien une élévation de l'humeur, une humeur expansive ou irritable (Critère A). Bien que la présentation clinique de la perturbation thymique ressemble à celle d'un Épisode dépressif majeur, maniaque, mixte, ou hypomaniaque, tous les critères pour l'un de ces épisodes n'ont pas nécessairement à être remplis ; le type de symptômes prédominants peut être indiqué en utilisant l'un des sous-types suivants : avec caractéristiques dépressives, avec épisode d'allure de dépression majeure, avec caractéristiques maniaques, ou avec caractéristiques mixtes. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent clairement montrer que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (Critère B). La perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale générale) (Critère C). Le diagnostic ne peut pas non plus être porté si la perturbation thymique survient uniquement au décours d'un delirium (Critère D). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans (l'autres domaines importants (Critère E). Dans certains cas, les sujets peuvent encore être capables de fonctionner, mais au prix d'un effort particulièrement important.

Pour déterminer si la perturbation thymique est due à une affection médicale générale, le clinicien doit tout d'abord établir la présence d'une affection médicale générale. Puis, il doit établir que la perturbation thymique est étiologiquement liée à cette affection médicale générale par un mécanisme physiologique. Une évaluation consciencieuse et détaillée de nombreux facteurs est nécessaire pour porter ce jugement. Bien qu'il n'existe pas de recommandations infaillibles permettant de déterminer si la relation entre la perturbation thymique et l'affection médicale générale est d'ordre étiologique, différentes considérations sont proposées à titre d'indication. L'une est la présence d'une relation chronologique entre le déclenchement, l'exacerbation. ou la rémission de l'affection médicale générale et de la perturbation thymique. Une deuxième considération est la présence de caractéristiques qui sont atypiques des Troubles primaires de l'humeur (p. ex. : âge de début ou évolution atypique, absence d'antécédents familiaux). Les résultats de la littérature suggérant qu'il existe une association directe entre l'affection médicale générale en question et le développement de symptômes thymiques, peuvent apporter une aide contextuelle dans l'évaluation d'une situation donnée. De plus, le clinicien doit également évaluer si la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur primaire, un Trouble de l'humeur induit par une substance, ou un autre trouble mental primaire (p. ex., Trouble de l'adaptation). Cette détermination est expliquée en détails dans la section « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209).

Contrairement au Trouble dépressif majeur, le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, avec caractéristiques dépressives, semble être à peu près également réparti clans les cieux sexes. Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale augmente le risque de tentatives de suicide et de suicide « réussis ». Les taux de suicide varient selon les affections médicales générales, les affections ayant un caractère chronique, incurable et douloureux comportant le risque de suicide le plus élevé (p. ex. : malignité, lésion de la moelle épinière, ulcère de l'estomac, Maladie de Huntington, syndrome immunodéficitaire acquis [sida], stade terminal d'une maladie rénale, blessure à la tête).

Sous-types

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour indiquer la symptomatologie prédominante :

Avec caractéristiques dépressives. Ce sous-type est utilisé lorsque l'humeur prédominante est dépressive, mais que tous les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.

Avec épisode d'allure de dépression majeure. Ce sous-type est utilisé si l'ensemble des critères d'un Épisode dépressif majeur (a l'exception du Critère D) (voir p. 411) sont remplis.

Avec caractéristiques maniaques. Ce sous-type est utilisé lorsqu'une élation de l'humeur, ou une humeur exaltée ou irritable, prédomine.

Avec caractéristiques mixtes. Ce sous-type est utilisé lorsqu'il existe à la fois des symptômes de manie et des symptômes de dépression, mais qu'aucun ne prédomine.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, le clinicien doit noter sur l'Axe I la phénoménologie spécifique de la perturbation, incluant le sous-type approprié, et l'affection médicale générale considérée comme étant la cause de la perturbation (p. ex. F293.83 Trouble de l'humeur dû à une thyréotoxicose, avec caractéristiques maniaques). Le code diagnostique CIM-9-MC pour l'affection médicale générale doit également être noté sur l'Axe 111 (p. ex. : E05.9 thyréotoxicose). (Voir l'annexe G pour une sélection de codes diagnostiques pour les affections médicales générales.)

On ne porte pas un diagnostic indépendant de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale lorsque les symptômes dépressifs se développent exclusivement au cours de l'évolution d'une Démence vasculaire. Dans ce cas, les symptômes dépressifs sont indiqués en spécifiant le sous-type avec humeur dépressive (p. ex. : F01x3 [290.43] Démence vasculaire, avec humeur dépressive).

Affections médicales générales associées

Différentes affections médicales générales peuvent entraîner des symptômes thymiques, notamment des affections neurologiques dégénératives (p. ex. : maladie de Parkinson, maladie de Huntington), des maladies cérébro-vasculaires (p. ex. : accident vasculaire cérébral), des affections métaboliques (p. ex. : carence en vitamines B12), des affections endocriniennes (p. ex. : hyper- et hypothyroïdie, hyper- et hypoparathyroïdie, hyper- et hypoadrénocorticisme), des affections auto-immunes (p. ex. : lupus érythémateux aigu disséminé), des infections virales ou autres (p. ex. : hépatite, mononucléose, virus de l'immodéficience humaine [VIH]), et certains cancers (ex : carcinome du pancréas). Le caractère étiologique de l'affection médicale générale est reflété dans les résultats d'examens physiques et complémentaires associés ainsi que dans les modes de prévalence ou de déclenchement.

Prévalence

Les estimations de prévalence pour le Trouble de l'humeur dû une affection médicale générale se limitent aux présentations avec caractéristiques dépressives. On a constaté que 25

à 40 % des sujets ayant certaines affections neurologiques (maladie de Parkinson, maladie de Huntington, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, et maladie d'Alzheimer) développaient une perturbation dépressive marquée à un moment quelconque de l'évolution de leur maladie. Pour les affections médicales générales sans participation directe du système nerveux central, les taux sont beaucoup plus variables, allant de plus de 60 % pour le syndrome de Cushing à moins de 8 % pour le stade terminal d'une maladie rénale.

Diagnostic différentiel

On ne porte pas un diagnostic indépendant de Trouble de l'humeur dû une affection médicale générale lorsque la perturbation thymique survient uniquement au décours d'un **delirium** En revanche, un diagnostic de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale peut être porté en plus d'un diagnostic de démence si les symptômes thymiques sont une conséquence étiologique directe du processus pathologique à l'origine de la démence et si les symptômes thymiques constituent une part très importante du tableau clinique (p. ex., Trouble de l'humeur dû à une maladie d'Alzheimer). Du fait des obligations de codage de la CIM-9-MC, une exception existe lorsque les symptômes dépressifs surviennent exclusivement au cours d'une Démence vasculaire. Dans ce cas, seul un diagnostic de Démence vasculaire doit être porté, avec le sous-type avec humeur dépressive ; un diagnostic indépendant de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale n'est pas fait. Si la présentation comprend un mélange de différents types de symptômes (p. ex., humeur et anxiété), le trouble mental dû à une affection médicale générale spécifique dépend des symptômes qui prédominent dans le tableau clinique.

Si une utilisation récente ou prolongée de substance (incluant les médicaments ayant des effets psychoactifs), le sevrage d'une substance, ou l'exposition à une substance toxique peuvent être prouvés, un **Trouble de l'humeur induit par une substance** doit être considéré. Il peut être utile de rechercher la substance dans les urines ou dans le sang ou d'obtenir d'autres examens complémentaires appropriés. Les symptômes survenant durant, ou peu après (c.-à-d. dans les 4 semaines), une intoxication ou un sevrage à une substance, ou à la suite de la prise d'un médicament peuvent être particulièrement indicatifs d'un Trouble induit par une substance, dépendant du caractère, de la durée ou de la quantité de substance consommée. Si le clinicien a établi que la perturbation est due à la fois à l'affection médicale générale et à l'utilisation de substance, les deux diagnostics (c.-à-d. Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et Trouble de l'humeur induit par une substance) sont portés.

Le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale doit être différencié du **Trouble dépressif majeur, du Trouble bipolaire I, du Trouble bipolaire II, et du Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive** (p. ex., réponse mal adaptée au stress d'avoir une affection médicale générale). Dans les Troubles dépressifs majeurs, bipolaires, et de l'adaptation, il ne peut être démontré aucun mécanisme physiologique spécifique et causal associé à une affection médicale générale. Il est souvent difficile de déterminer si certains symptômes (p. ex., perte de poids, insomnie, fatigue) représentent une perturbation thymique ou s'ils sont la manifestation directe d'une affection médicale générale (p. ex., cancer, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, diabète). De tels symptômes comptent pour le diagnostic d'Épisode dépressif majeur, sauf s'ils sont clairement et complètement attribuables à une affection médicale générale.

Si le clinicien ne peut pas déterminer si la perturbation thymique est primaire, induite par une substance, ou due à une affection médicale générale, un **Trouble de l'humeur non spécifié** peut être diagnostiqué.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

À la différence de ceux du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour l'Épisode dépressif majeur ou l'Épisode hypomaniaque ou maniaque exigent que tous les critères symptomatiques et temporels soient remplis. Pour la CIM-10, la dénomination de ce trouble est Trouble de l'humeur organique.

Critères diagnostiques du F06.3x 1293.831 Trouble de l'humeur dû *à... [indiquer l'affection médicale générale]*

A. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

(1) humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités

(2) élévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable

B. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale générale).

D. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un delirium.

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

Codification selon le type :

Avec caractéristiques dépressives : Si une humeur dépressive prédomine, mais que les critères pour un Épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.

Avec épisode d'allure de dépression majeure : Si tous les critères pour un Épisode dépressif majeur sont réunis (à l'exception du Critère D) (voir p. 411).

Avec caractéristiques maniaques : Si une élévation de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable prédomine.

Avec caractéristiques mixtes : Si des symptômes dépressifs et maniaques sont présents, mais qu'aucun des deux ne prédomine.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F06.3x 1293.83) Trouble de l'humeur dû** *à... [indiquer l'affection médicale générale) (suite)*

Note de Codage : Inclure le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I; p. ex., 293.83 'trouble de l'humeur dû 2 une hypothyroïdie, *avec* caractéristiques dépressives. Coder également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir annexe G pour les codes).

Note de Codage Si les symptômes dépressifs surviennent dans le cadre d'une Démence vasculaire préexistante, indiquer la présence de symptômes dépressifs en codant le sous-type approprié, c.-à-d. 290,4$ Démence vasculaire, avec humeur dépressive.

F1x.8 Trouble de l'humeur induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'humeur induit par une substance est une perturbation thymique marquée et persistante (Critère A) considérée comme la conséquence directe des effets physiologiques d'une substance (p. ex., un produit donnant lieu à abus, un médicament, d'autres traitements somatiques de l'état dépressif ou l'exposition à une substance toxique) (Critère B). En fonction de la nature de la substance et du contexte dans lequel surviennent les symptômes (p. ex., au cours de l'intoxication ou du sevrage) la perturbation peut comprendre soit une humeur dépressive ou une diminution marquée des intérêts ou (lu plaisir soit une humeur élevée, expansive ou irritable. Bien que la symptomatologie de la perturbation thymique puisse ressembler à celle d'un Épisode majeur, maniaque ou mixte, les critères complets pour l'un de ces épisodes ne sont pas nécessairement remplis. Le type de symptôme prédominant peut être indiqué en utilisant l'un des sous-types suivants : avec caractéristiques dépressives, avec caractéristiques maniaques, avec caractéristiques mixtes. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur non induit par une substance. On ne peut pas faire le diagnostic si la perturbation thymique survient uniquement au cours d'un delirium (Critère D). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). Parfois le sujet peut conserver ses capacités au prix d'un effort particulièrement important. Ce diagnostic doit être préféré à celui d'Intoxication par une substance ou de Sevrage à une substance uniquement si les symptômes thymiques sont disproportionnés par rapport à ceux habituellement associés au syndrome (l'intoxication ou de sevrage et lorsque les symptômes thymiques sont d'une gravité insuffisante pour justifier à eux seuls un examen clinique indépendant.

On distingue le Trouble de l'humeur induit par une substance d'un Trouble de l'humeur primaire en se fondant sur le début, l'évolution et (l'autres facteurs. Pour les produits donnant lieu à un abus, on doit retrouver des preuves d'intoxication ou de sevrage grâce aux antécédents, à l'examen physique Ou aux examens complémentaires.

Le Trouble de l'humeur induit par une substance survient uniquement en situation d'intoxication ou *de* sevrage alors que le Trouble de l'humeur primaire peut précéder la prise de substance ou survenir après une abstinence prolongée. Le syndrome de sevrage pouvant survenir tardivement, les symptômes thymiques peuvent débuter jusqu'à 4 semaines après l'arrêt de la prise de substance. On peut aussi prendre en considération la présence de caractéristiques atypiques pour un Trouble de l'humeur primaire (p. ex., âge de début ou évolution atypique). Ainsi la survenue d'un premier Épisode maniaque après 45 ans peut faire suggérer une étiologie liée à une prise de substance. Inversement certains facteurs suggèrent que les symptômes thymiques sont mieux expliqués par un Trouble de l'humeur primaire : persistance durable (c.-à-d. un mois ou plus) des symptômes thymiques après la fin de l'Intoxication par une substance ou du Sevrage à une substance, apparition de symptômes thymiques disproportionnés par rapport au type, à la quantité ou à la durée de la prise de substance ; antécédents d'épisodes de trouble de l'humeur primaire récurrents.

Certains médicaments (p. ex., stimulants, stéroïdes, L-dopa, antidépresseurs) ou d'autres traitements somatiques des troubles dépressifs (p. ex, sismothérapie ou photothérapie) peuvent induire des perturbations thymiques d'allure maniaque. Le jugement clinique reste essentiel pour déterminer si un traitement a véritablement un rôle causal ou si un Trouble de l'humeur primaire a débuté alors que le sujet recevait un traitement. Ainsi on ne posera pas le diagnostic de Trouble de l'humeur induit par substance chez un sujet sous lithium qui présente des symptômes maniaques car il est improbable que le lithium induise un épisode d'allure maniaque. En revanche, la survenue d'un épisode dépressif au cours des premières semaines suivant l'instauration d'un traitement antihypertenseur par l'alpha-méthyldopa chez un sujet sans antécédent de trouble de l'humeur fera poser le diagnostic de Trouble de l'humeur dû à l'alpha- méthyldopa avec caractéristiques dépressives. Parfois la récurrence d'une affection préexistante (p. ex., trouble dépressif majeur, récurrent) coïncide avec la prise d'un médicament pouvant induire des symptômes dépressifs (p. ex., L-dopa, pilule anticonceptionnelle). Le clinicien doit alors décider si, dans ce cas particulier, le médicament a un rôle causal.

Une discussion plus détaillée sur les troubles dus à une substance est présentée p. 221.

Sous-types et spécifications

L'un des sous-types suivant peut préciser le type de symptômes prédominant la présentation :

Avec caractéristiques dépressives. On utilise ce sous-type quand l'humeur dépressive domine le tableau.

Avec caractéristiques maniaques. On utilise ce sous-type quand l'humeur élevée, euphorique ou irritable prédomine.

Avec caractéristiques mixtes. On utilise ce sous-type quand des syndromes dépressifs et maniaques sont présents mais qu'aucun des deux ne prédomine.

On peut préciser le contexte dans lequel sont apparus les syndromes thymiques en utilisant les spécifications suivantes :

Avec début pendant une intoxication. Cette spécification doit être utilisée si les critères pour une intoxication par la substance sont remplis et si les symptômes sont apparus au cours du syndrome d'intoxication.

Avec début pendant un sevrage. Cette spécification doit être utilisée si les critères pour le sevrage à la substance sont remplis et si les symptômes sont apparus pendant ou juste après un syndrome *de* sevrage.

Procédures d'enregistrement

Le nom du Trouble de l'humeur induit par une substance comporte celui de la substance ou du traitement somatique qui est présumé être à l'origine des symptômes thymiques (p. ex., cocaïne, amitriptyline, sismothérapie). Le code diagnostique est choisi sur la liste des classes de substances fournie dans la section des critères diagnostiques. Pour les substances qui ne figurent dans aucune classe (p. ex., amitriptyline) et pour les autres traitements somatiques (p. ex., sismothérapie) on utilise le code «autre substance ». De plus, pour les médicaments prescrits à des doses thérapeutiques, le médicament spécifique peut être indiqué par le code E approprié (voir annexe G). Le nom du trouble (p. ex., trouble de l'humeur dû à la cocaïne) est suivi du sous-type indiquant la présentation symptomatique prédominante et la spécification indiquant dans quel contexte les symptômes sont apparus (p. ex., 292.84 Trouble de l'humeur dû à la cocaïne, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant le sevrage). Quand on estime que plusieurs substances ont joué un rôle pertinent dans l'apparition de symptômes thymiques on doit les présenter chacune séparément (p. ex., 292.84 Trouble de l'humeur induit par la cocaïne, avec caractéristiques maniaques, avec début pendant le sevrage ; 292.84 trouble de l'humeur dû à la photothérapie, avec caractéristiques maniaques). Quand on ne connaît pas le produit spécifique ou la classe d'une substance que l'on estime être le facteur étiologique, on peut utiliser la catégorie 292.84 Trouble de l'humeur dû à une substance inconnue.

Substances spécifiques

Des troubles de l'humeur peuvent être associés à une **intoxication** par les classes *de* substances suivantes : alcool, amphétamines et substances amphétaminiques, cocaïne, hallucinogènes, solvants volatils, opiacés ; phencyclidine et substances similaires, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; et substances autres ou inconnues. Des troubles de l'humeur peuvent être associés **au sevrage** à des substances appartenant aux classes suivantes : alcool, amphétamines, et substances amphétaminiques ; cocaïne ; sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et substances autres ou inconnues.
Parmi les médicaments pour lesquels on a décrit l'induction *de* symptômes thymiques on trouve les anesthésiques, les analgésiques, les anticholinergiques et les anticonvulsivants, les antihypertenseurs, les antiparkinsoniens, les antiulcéreux, les médications cardiaques, les contraceptifs oraux, les psychotropes (p. ex., antidépresseurs, antipsychotiques, disulfiram) les relaxants musculaires, les stéroïdes et les sulfamides. Certains médicaments présentent une probabilité élevée d'induire des éléments dépressifs (p. ex., des posologies élevées de réserpine, les corticostéroïdes, les anabolisants). Noter qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive et que de nombreux médicaments peuvent à l'occasion induire un syndrome dépressif idiosyncrasique. Les métaux lourds et les substances toxiques (p. ex., les substances volatiles comme l'essence et la peinture, les insecticides organophosphorés, les gaz de combat, le monoxyde de carbone, le dioxyde de carbone) peuvent aussi induire des symptômes thymiques.

Diagnostic différentiel

Les symptômes thymiques sont fréquents lors d'une **intoxication par une substance** ou d'un **Sevrage à une substance** et le diagnostic d'intoxication par une substance spé-

cifique ou de sevrage dû à une substance spécifique suffit habituellement à classer la présentation symptomatique. Un diagnostic de Trouble de l'humeur induit par une substance doit être fait au lieu de celui d'Intoxication par une substance ou de Sevrage à une substance uniquement si les symptômes thymiques sont disproportionnés par rapport à ceux habituellement associés à une intoxication ou à un syndrome de sevrage et quand les symptômes thymiques sont d'une gravité suffisante pour justifier par eux- mêmes un examen clinique. Par exemple, une humeur dysphorique est caractéristique du sevrage à la cocaïne. On doit poser le diagnostic de Trouble de l'humeur induit par la cocaïne et non celui de sevrage dû à la cocaïne si la sévérité de la perturbation thymique est plus importante que celle habituellement observée au cours d'un sevrage dû à la cocaïne et suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique et un traitement.

Si des symptômes thymiques induits par une substance surviennent uniquement au cours d'un **delirium,** les symptômes thymiques sont considérés comme une caractéristique associée au delirium et non comme un diagnostic indépendant. Quand la **symptomatologie induite par une substance mélange différents types de symptômes** (p. ex., symptômes thymiques, psychotiques et anxieux), le diagnostic du sous-type de Trouble de l'humeur induit par une substance dépend du type de symptômes qui dominent le tableau clinique.

Le fait qu'une substance joue un rôle étiologique par rapport aux symptômes permet de distinguer un Trouble de l'humeur induit par à une substance **d'un Trouble de l'humeur primaire** (p. 466).

i.e début d'un Trouble de l'humeur induit par une substance prescrite comme traitement d'un trouble mental ou d'une affection médicale générale doit survenir au cours de la prise du traitement (p. ex., traitement antihypertenseur) (ou pendant le sevrage si un syndrome de sevrage est associé au traitement). Lorsque le traitement est arrêté, les symptômes s'amendent habituellement en quelques jours à quelques semaines (en fonction de la demi-vie de la substance et *de* la présence d'un syndrome (le sevrage). On doit envisager une autre cause aux symptômes thymiques si les symptômes persistent au delà de 4 semaines.

Les sujets présentant une affection médicale générale prennent souvent des médicaments pour la traiter, de ce fait le clinicien doit envisager que les symptômes thymiques sont dus à l'affection médicale générale plutôt qu'à son traitement ; dans ce cas le diagnostic de **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** doit être porté. Les antécédents fournissent habituellement les principaux éléments pour en juger. ll arrive qu'un changement de traitement de l'affection médicale générale (p. ex., changement ou arrêt du traitement) soit nécessaire pour déterminer empiriquement si le médicament est bien l'agent causal chez ce sujet. Si le clinicien a confirmé que la perturbation est à la fois due à une affection médicale générale et induite par une substance, les deux diagnostics (c.-à-d. trouble de l'humeur dû à une affection générale et trouble de l'humeur dû à une substance) doivent être portés. Lorsqu'il n'existe pas d'éléments suffisants pour déterminer si les symptômes thymiques sont induits par une substance (y compris un médicament), par une affection médicale générale Ou s'ils sont primaires, on indique : **Trouble dépressif non spécifié** ou **trouble bipolaire non spécifié.**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence de ceux du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour l'Épisode dépressif majeur ou l'Épisode maniaque ou hypomaniaque

exigent que tous les critères symptomatiques et temporels soient remplis. Pour la CIM-10, la dénomination de ce trouble est Trouble affectif résiduel dû à l'usage d'une substance psychoactive.

F1x.8 Critères diagnostiques du Trouble de l'humeur induit par une substance

A. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des cieux (ou les deux) critères suivants :

(1) humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
(2) élévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable

B. Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement que soit (1), soit (2) :

(1) les symptômes du Critère A se sont développés pendant ou dans le mois ayant suivi une Intoxication par une substance ou un Sevrage
(2) la perturbation est étiologiquement liée à la prise d'un médicament

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'humeur non induit par une substance. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble de l'humeur non induit par une substance : la survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance (ou de médicaments) ; les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex., environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave, ou ils sont disproportionnés par rapport à ce qui peut être attendu étant donné le type et la quantité de substance prise ou la durée de consommation ; ou bien encore, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un Trouble de l'humeur non induit par une substance (p. ex., antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs récurrents).

D. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un delirium.

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

N.-B. : Ce diagnostic, et non celui d'une Intoxication par une substance ou d'un Sevrage d'une substance, doit être porté uniquement lorsque les symptômes thymiques sont disproportionnés par rapport à ceux habituellement associés à une intoxication ou à un syndrome de sevrage, et lorsque les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier un examen clinique.

(suite)

☐ F1x.8 Critères diagnostiques du Trouble de l'humeur induit par une substance *(suite)*

Codage : Trouble de l'humeur induit par... [indiquer la substance]
(291.89 Alcool; 292.84 Amphétamine [ou amphétaminiques]; 292.84 Cocaïne; 292.84 Hallucinogènes; 292.84 Solvants volatils; 292.84 Opiacés; 292.84 Phencyclidine [ou substance similaire]; 292.84 Sédatifs, hypnotiques, ou anxiolytiques; 292.84 Autre substance [ou substance inconnue].

Spécifier le type :
Avec caractéristiques dépressives : Si une humeur dépressive prédomine.
Avec caractéristiques maniaques : Si une élévation de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable prédomine.
Avec caractéristiques mixtes : Si des symptômes dépressifs et maniaques sont présents, mais qu'aucun des deux ne prédomine.

Spécifier si (applicabilité pour chacune des substances : se référer au tableau p. 223)
Avec début pendant une intoxication : si les critères pour une Intoxication par la substance sont réunis, et si les symptômes se sont développés pendant le syndrome (l'intoxication.
Avec début pendant un sevrage : si les critères pour un Sevrage à la substance sont réunis, et si les symptômes se sont développés pendant, ou juste après, un syndrome de sevrage.

F39 [296.901 Trouble de l'humeur non spécifié

Cette catégorie comprend des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble de l'humeur spécifique et pour lesquels le choix entre Trouble dépressif non spécifié et Trouble bipolaire non spécifié est difficile (p. ex., agitation aiguë).

Spécifications décrivant l'épisode actuel ou le plus récent

Un certain nombre de spécifications sont proposées pour les Troubles de l'humeur afin d'augmenter la spécificité du diagnostic et de créer des sous-groupes plus homogènes, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques. Les spécifications sévérité/psychotique/en rémission décrivent la forme clinique actuelle du Trouble de l'humeur. Les spécifications suivantes décrivent les symptômes ou les caractéristiques évolutives de l'épisode thymique actuel (ou le plus récent épisode thymique

si les critères d'aucun épisode ne sont remplis actuellement) : chronique, avec caractéristiques catatoniques, avec caractéristiques mélancoliques, avec caractéristiques atypiques, avec début lors du post-partum.

Les spécifications qui décrivent la sévérité, la rémission ou les caractéristiques psychotiques peuvent être codées le cinquième chiffre du code diagnostique pour la plupart des Troubles de l'humeur. Les autres spécifications ne peuvent pas être codées. Le tableau 1 montre quelles spécifications pour un épisode s'appliquent clans le cadre de chaque Trouble de l'humeur.

Tableau 1 : Spécifications pour un épisode s'appliquant aux troubles de l'humeur

	sévérité/ psycho-tique/ en rémission	chro-nique	avec caractéris-tiques catatoni-ques	avec caractéris-tiques mélancoli-ques	avec caractéris-tiques atypiques	avec début lors du post-partum
Épisode dépressif majeur épisode isole						X
Épisode dépressif majeur récurrent	X					X
Trouble dysthymique					X	
Trouble bipolaire 1 Épisode maniaque isolé	X		X			X
Trouble bipolaire 1 Épisode le plus récent hypomaniaque						
Trouble bipolaire I Épisode le plus récent maniaque	X		X			X
Trouble bipolaire I Épisode le plus récent mixte	X		X			X
Trouble bipolaire I Épisode le plus récent dépressif	X	X	X	X	X	X
Trouble bipolaire I Épisode le plus récent non spécifié.						
Trouble bipolaire II hypomaniaque						
Trouble bipolaire II dépressif	X					
Trouble cyclothymique						

Spécifications pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode dépressif majeur

Dans le Trouble dépressif majeur, ces spécifications indiquent soit la sévérité *de* l'Épisode dépressif majeur actuel, soit le niveau de rémission si tous les critères ne sont plus remplis. Dans les Troubles bipolaire I et bipolaire Il, ces spécifications indiquent soit la sévérité de l'Épisode dépressif majeur actuel, soit le niveau de rémission si l'épisode le plus récent était un Épisode dépressif majeur. Si les critères d'un Épisode dépressif majeur actuel sont réunis, ce dernier peut être classé comme léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques ou sévère avec caractéristiques psychotiques. Si les critères de l'épisode ne sont plus réunis, les spécifications précisent si l'épisode est en rémission partielle ou complète. Pour l'Épisode dépressif majeur et la plupart des Troubles bipolaires I la spécification est retrouvée au niveau du cinquième caractère du code diagnostique'.

1 — Léger, 2 — Moyen, 3 — Sévère sans caractéristiques psychotiques. Pour évaluer une gravité légère, moyenne ou sévère on se fonde sur le nombre de symptômes correspondant aux critères, leur sévérité et le degré d'incapacité fonctionnelle et de souffrance. Les Épisodes dépressifs *légers* sont caractérisés par la présence d'au plus cinq ou six symptômes dépressifs et soit d'une incapacité légère, soit d'une capacité fonctionnelle normale mais au prix d'efforts importants et inhabituels. Les Épisodes *sévères sans caractéristiques psychotiques* sont caractérisés par la présence de pratiquement tous les symptômes correspondant aux critères et d'une incapacité nette, observable (p. ex., impossibilité de travailler ou de prendre soin des enfants). Les Épisodes de sévérité *moyenne* présentent une sévérité intermédiaire entre légère et sévère.

4 – Sévère avec caractéristiques psychotiques. Cette spécification indique la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations (habituellement auditives) durant l'épisode actuel. Le plus fréquemment le contenu des idées délirantes et des hallucinations est concordant avec les thèmes dépressifs. *Ces caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur* comprennent des idées délirantes à thème de culpabilité (p. ex., se sentir responsable de la maladie d'un être aimé), à thème de punition méritée (p. ex., être puni du fait (l'une faute morale ou d'une insuffisance personnelle), à thème de nihilisme (p. ex., destruction du monde ou de soi-même), des idées délirantes à thème somatique (p. ex., cancer ou impression que le corps est « pourri »), à thèmes (le ruine (p. ex., faillite). Les hallucinations, lorsqu'elles existent, sont le plus souvent transitoires et peu élaborées telles les voix réprimandant le sujet pour ses insuffisances et ses pêchés.

Plus rarement le contenu des hallucinations ou des idées délirantes ne présente pas de relation évidente avec des thèmes dépressifs. *Ces caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur* comprennent des idées délirantes de persécution (sans la dimension dépressive impliquant que le sujet mérite la persécution), de pensée imposée (c.-à-d. les pensées du sujet ne sont plus les siennes), de diffusion de la pensée (c.-à-d. les autres peuvent entendre les pensées du sujet) et d'influence (c.-à-d. les actes du sujet sont contrôlés de l'extérieur). Ces caractéristiques sont associées à un pronostic moins favorable. Le clinicien peut préciser la nature des caractéristiques

1. Codage selon la CIM-9-MC. et p. 24 (N.d.T.)

psychotiques grâce aux spécifications : avec caractéristiques congruentes à l'humeur ou avec caractéristiques non congruentes à l'humeur.

5 — En rémission partielle, 6 — En rémission complète. Pour une rémission complète on exige une période d'au moins deux mois sans symptômes dépressifs significatifs. Pour qu'un épisode soit en rémission partielle il existe deux possibilités :

1) quelques symptômes de l'Épisode dépressif majeur sont toujours présents mais ne répondent plus aux critères d'un Épisode dépressif majeur

ou

2) il n'existe plus de symptômes significatifs d'un Épisode dépressif majeur mais la durée de la rémission est inférieure à deux mois. Si un Épisode dépressif majeur a été surajouté à un Trouble dysthymique on ne porte pas le diagnostic de rémission partielle lorsque les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont plus réunis mais celui de Trouble dysthymique avec antécédents de Trouble dépressif majeur.

Critères de spécification pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode dépressif majeur actuel (ou le plus récent)

N.-B. : Coder à l'aide du cinquième chiffre. Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques et Sévère avec caractéristiques psychotiques peuvent s'appliquer uniquement si les critères d'un Épisode dépressif majeur sont actuellement remplis. En rémission partielle ou En rémission complète peuvent s'appliquer au plus récent Épisode dépressif majeur au cours d'un Trouble dépressif majeur et à un Épisode dépressif majeur au cours d'un Trouble bipolaire I ou II mais seulement s'il s'agit (le l'épisode thymique le plus récent.

.x1–Léger : Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic. L'altération du fonctionnement professionnel ou des relations avec les autres ou des activités sociales courantes est seulement mineure.

.x2—Moyen : Symptômes et altération du fonctionnement compris entre léger » et « sévère ».

.x3—Sévère sans caractéristiques psychotiques : Plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic, et les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres.

.x4—Sévère avec caractéristiques psychotiques : Idées délirantes ou hallucinations. Spécifier si possible, quand les caractéristiques psychotiques sont congruentes ou non congruentes à l'humeur :

Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations concorde avec les thèmes dépressifs thymiques de dévalorisation, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée.

(suite)

☐ **Critères de spécification pour sévérité/psychotique/en rémission d'un Épisode dépressif majeur actuel (ou le plus récent)** *(suite)*

Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations ne comporte pas les thèmes dépressifs typiques de dévalorisation, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. On retrouve des symptômes tels que des idées délirantes de persécution (non liées directement à des thèmes dépressifs), de pensée imposée, de diffusion de la pensée ou des idées délirantes d'influence.

.x5—En rémission partielle : Les symptômes d'un épisode dépressif majeur sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis Ou il existe une période d'une durée inférieure à deux mois suivant la fin d'un épisode dépressif majeur sans aucun symptôme significatif d'épisode dépressif majeur (si l'Épisode dépressif majeur était surajouté à un Trouble dysthymique on ne retient que le diagnostic de Trouble dysthymique dès lors que les critères pour l'Épisode dépressif majeur ne sont plus réunis).

.x6—En rémission complète : Il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis deux mois.

.x0–Non spécifié.

Spécifications pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode maniaque

Dans le Trouble bipolaire **I,** ces spécifications indiquent soit la sévérité de l'Épisode maniaque actuel, soit le niveau de rémission si l'épisode le plus récent était un Épisode maniaque. Si les critères d'un Épisode maniaque sont réunis actuellement, il peut être classé comme léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques ou sévère avec caractéristiques psychotiques. Si les critères ne sont plus remplis pour un Épisode maniaque, les spécifications précisent si l'Épisode maniaque le plus récent est en rémission partielle ou complète. Ces spécifications apparaissent au niveau du cinquième caractère du code diagnostique'.

1 — Léger, 2 — Moyen, 3 – **Sévère sans caractéristiques psychotiques.**

Pour évaluer une gravité légère, moyenne ou sévère, on se fonde sur le nombre de symptômes correspondant aux critères, sur la sévérité des symptômes, sur le degré d'incapacité fonctionnelle et sur la nécessité d'une surveillance. Les épisodes *légers* sont caractérisés par la présence de seulement trois ou quatre symptômes maniaques. Les épisodes de sévérité ***moyenne*** sont caractérisés par une augmentation extrême de l'acti-

1. Codage selon la CIM-9-MC, *cf* p. 24 (N.d.T.).

vite ou par une altération du jugement. Les *épisodes sévères sans caractéristiques psychotiques* sont caractérisés par la nécessité d'une surveillance constante afin de protéger le sujet contre des actes dommageables envers lui même ou les autres.

4 — Sévère avec caractéristiques psychotiques. Cette spécification indique la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations (habituellement auditives) durant l'épisode actuel. Le plus souvent le contenu des idées délirantes ou des hallucinations est concordant avec les thèmes maniaques ; ce sont donc des *caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.*

Ainsi, le sujet peut entendre la voix de Dieu expliquant qu'il le charge d'une mission particulière. Les idées délirantes de persécution peuvent reposer sur l'idée que l'origine des persécutions tient à des dons ou à des relations particulières du sujet.

Moins souvent, le contenu des hallucinations ou des idées délirantes n'a pas de relation évidente avec des thèmes maniaques ; ce sont des *caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.* On peut ainsi observer des idées délirantes de persécution (sans relation directe avec des thèmes de grandeur), de pensées imposées (c.-à-d. les pensées du sujet ne sont plus les siennes), de diffusion de la pensée (c.-à-d. les autres peuvent entendre les pensées du sujet), et d'influence (c.-à-d. les actes du sujet sont contrôlés de l'extérieur).

Ces caractéristiques sont associées à un pronostic moins favorable. Le clinicien peut préciser la nature des caractéristiques psychotiques grâce à la spécification : avec caractéristiques congruentes à l'humeur ou avec caractéristiques non congruentes à l'humeur.

5 — En rémission partielle, 6— En rémission complète.

Pour une rémission complète on exige une période d'au moins deux mois sans symptômes maniaques significatifs. Pour qu'un épisode soit en rémission partielle il existe deux possibilités :

1) il existe toujours des symptômes d'un Épisode maniaque mais ils ne répondent plus aux critères d'un Épisode maniaque

ou

2) il n'existe plus aucun symptôme significatif d'un Épisode maniaque mais la durée de la rémission est inférieure à deux mois.

Critères de spécification pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode maniaque actuel (ou le plus récent)

N.-B. **:** Coder à l'aide du cinquième chiffre. Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques et Sévère avec caractéristiques psychotiques peuvent s'appliquer uniquement si les critères d'un Épisode maniaque sont actuellement remplis. En rémission partielle ou En rémission complète peuvent s'appliquer à un Épisode maniaque au cours d'un Trouble bipolaire I mais seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent.

.x1–Léger : Le nombre de symptômes présentés est le minimum requis pour un épisode maniaque.
.x2—Moyen : Augmentation très importante de l'activité ou altération du jugement.

(suite)

☐ Critères de spécification pour sévérité/psychotique/en rémission d'un Épisode maniaque actuel (ou le plus récent) *(suite)*

.x3—Sévère sans caractéristiques psychotiques : Une surveillance constante est nécessaire pour éviter des dommages physiques au sujet ou aux autres.
.x4—Sévère avec caractéristiques psychotiques : Idées délirantes ou hallucinations. Spécifier dans la mesure du possible si les caractéristiques psychotiques sont congruentes ou non congruentes à l'humeur :

Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Le contenu du délire et des hallucinations concorde entièrement avec les thèmes thymiques maniaques de surestimation de sa valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité ou de ses relations avec une personne célèbre ou une divinité.
Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations ne comporte pas les thèmes maniaques typiques de surestimation de sa valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité ou de ses relations privilégiées avec une personne célèbre ou une divinité. On retrouve des symptômes tels que des idées délirantes de persécution (non liées directement à des thèmes ou idées de grandeur), de pensée imposée ou des idées délirantes d'influence.

.x5—En rémission partielle : Les symptômes maniaques sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis ou il existe une période d'une durée inférieure à deux mois suivant la fin d'un épisode maniaque sans aucun symptôme significatif d'épisode maniaque.
.x6–En rémission complète : Il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis deux mois.
.x0–Non spécifié.

Spécifications pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode mixte

Dans un Trouble bipolaire I, ces spécifications indiquent soit la sévérité de l'Épisode mixte actuel, soit le niveau de rémission si l'épisode le plus récent était un Épisode mixte. Si les critères d'un Épisode mixte sont réunis actuellement, il peut être classé comme léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques ou sévère avec caractéristiques psychotiques. Si les critères ne sont plus remplis pour un Épisode mixte, les spécifications précisent si l'Épisode mixte le plus récent est en rémission partielle

ou complète. Ces spécifications apparaissent au niveau du cinquième chiffre du code diagnostique.

1 — Léger, 2 — Moyen, 3 — Sévère sans caractéristiques psychotiques. Pour évaluer une gravité légère, moyenne ou sévère on se fonde sur le nombre de symptômes correspondant aux critères, sur la sévérité des symptômes, sur le degré d'incapacité fonctionnelle et sur la nécessité d'une surveillance. Les épisodes *légers* sont caractérisés par la présence de seulement trois ou quatre symptômes maniaques et de cinq ou six symptômes dépressifs. Les épisodes de sévérité *moyenne* sont caractérisés par une augmentation extrême de l'activité ou par une altération du jugement. Les épisodes *sévères sans caractéristiques psychotiques* sont caractérisés par la nécessité d'une surveillance constante afin de protéger le sujet contre des actes dommageables envers lui même ou les autres.

4 – **Sévère avec caractéristiques psychotiques.** Cette spécification indique la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations (habituellement auditives) durant l'épisode actuel. Le plus souvent le contenu des idées délirantes ou des hallucinations est concordant avec les thèmes maniaques ou dépressifs ; ce sont donc des *caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur*. Ainsi, le sujet peut entendre la voix de Dieu expliquant qu'il le charge d'une mission particulière. Les idées délirantes de persécution peuvent reposer sur l'idée que l'origine des persécutions est liée à une punition particulièrement méritée ou tient à des dons ou à des relations spéciales du sujet.

Moins souvent, le contenu des hallucinations ou des idées délirantes n'a pas de relation évidente avec des thèmes maniaques ou dépressifs ; ce sont des *caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur*. On peut ainsi observer des idées délirantes de persécution (sans relation directe avec des thèmes de grandeur), de pensée imposée (c.-à-d. les pensées du sujet ne sont plus les siennes), de diffusion de la pensée (c.-à-d. les autres peuvent entendre les pensées du sujet), et d'influence (c.-à-d. les actes du sujet sont contrôlés de l'extérieur).

Ces caractéristiques sont associées à un pronostic moins favorable. Le clinicien peut préciser la nature des caractéristiques psychotiques grâce à la spécification : avec caractéristiques congruentes à l'humeur ou avec caractéristiques non congruentes à l'humeur.

5 — En rémission partielle, 6 — En rémission complète. Pour une rémission complète on exige une période d'au moins deux mois sans symptômes maniaques ou dépressifs significatifs. Pour qu'un épisode soit en rémission partielle il existe deux possibilités :

1) il existe toujours des symptômes de l'Épisode mixte mais ils ne répondent plus aux critères d'un Épisode mixte

ou

2) il n'existe aucun signe ou symptôme significatif d'un Épisode mixte mais la durée de la rémission est inférieure à deux mois.

1. Codage selon la CIM-9-MC, *p.* 24 (N.d.T.).

Critères de spécification pour sévérité/psychotique/ en rémission d'un Épisode mixte actuel (ou le plus récent)

N.-B. : Coder à l'aide du cinquième chiffre. Léger, Moyen, Sévère sans caractéristiques psychotiques et Sévère avec caractéristiques psychotiques peuvent s'appliquer uniquement si les critères d'un Épisode mixte sont actuellement remplis. En rémission partielle ou En rémission complète peuvent s'appliquer à l'Épisode mixte d'un Trouble bipolaire I seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent.

.x1–Léger : Le nombre de symptômes présentés est le minimum requis pour les critères d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur.

.x2—Moyen : Symptômes et altération du fonctionnement compris entre « léger » et « sévère ».

.x3—Sévère sans caractéristiques psychotiques : Une surveillance constante est nécessaire pour éviter des dommages physiques au sujet ou aux autres.

.x4—sévère avec caractéristiques psychotiques : Idées délirantes ou hallucinations. Spécifier dans la mesure du possible, si les caractéristiques psychotiques sont congruentes ou non congruentes à l'humeur :

Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations concorde entièrement avec les thèmes thymiques maniaques ou dépressifs.

Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations ne comporte pas les thèmes maniaques ou dépressifs typiques. On retrouve des symptômes tels que des idées délirantes de persécution (non liées directement à des thèmes de grandeur ou dépressifs), de pensée imposée ou des idées délirantes d'influence.

.x5—En rémission partielle : Les symptômes d'un épisode mixte sont présents niais les critères complets ne sont pas remplis ou il existe une période d'une durée inférieure à deux mois suivant la fin d'un épisode mixte sans aucun symptôme significatif (l'un épisode mixte.

.x6—En rémission complète : Il n'existe pas de signes ou de symptômes nets de l'affection depuis deux mois.

.x0–Non spécifié.

Spécification de chronicité pour un Épisode dépressif majeur

Cette spécification précise la nature chronique d'un Épisode dépressif majeur (c.-à-d. que les critères complets d'un Épisode dépressif majeur ont été remplis continuellement pendant au moins deux ans). Cette spécification s'applique à l'Épisode dépressif

majeur actuel (ou à l'Épisode dépressif majeur le plus récent si les critères ne sont pas remplis actuellement) d'un Trouble dépressif majeur et à l'Épisode dépressif majeur actuel (ou le plus récent) d'un Trouble bipolaire I ou bipolaire II mais seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent.

Critères de spécification de chronicité

Spécifier si :

Chronique (Peut s'appliquer à l'Épisode dépressif majeur actuel ou le plus récent d'un Trouble dépressif majeur et à un Épisode dépressif majeur d'un Trouble bipolaire I ou II seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent).

Les critères d'un Épisode dépressif majeur ont été présents continuellement depuis au moins deux ans.

Spécification pour caractéristiques catatoniques

La spécification : avec caractéristiques catatoniques peut être utilisée pour l'Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte actuel (ou le plus récent) d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble bipolaire I ou bipolaire II. Si les critères complets ne sont plus remplis pour un épisode thymique, la spécification s'applique à l'épisode thymique le plus récent. La spécification : avec caractéristiques catatoniques est appropriée lorsque le tableau clinique est caractérisé par un trouble psychomoteur marqué qui peut comprendre une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des mouvements volontaires bizarres, une écholalie ou une échopraxie. L'immobilité peut se manifester sous la forme d'une catalepsie (flexibilité cireuse) ou d'une stupeur. L'activité motrice excessive est en apparence sans but et n'est pas influencée par les stimuli externes. Il peut exister un négativisme extrême se manifestant par le maintien des attitudes contre toute tentative de mobilisation ou par une opposition à toutes les consignes. La bizarrerie des mouvements volontaires se manifeste par l'adoption de postures inappropriées ou bizarres ou par des grimacements prononcés. L'écholalie (la répétition pathologique, comme un perroquet, apparemment absurde, de mots ou de phrases qui viennent d'être prononcées par une autre personne) et l'échopraxie (l'imitation répétitive des mouvements d'une autre personne) sont fréquentes. D'autres caractéristiques peuvent comprendre des stéréotypies, un maniérisme, une obéissance automatique ou un mimétisme. En cas de stupeur ou d'excitation catatonique sévère une surveillance attentive du sujet peut être nécessaire pour éviter des dommages à lui même ou aux autres. Les conséquences éventuelles comportent une malnutrition, un épuisement, une hyperthermie ou des automutilations. Les diagnostics différentiels d'un Épisode thymique avec caractéristiques catatoniques sont le **Trouble catatonique dû à une affection médicale générale** (p. 213), **la Schizophrénie de type catatonique** (p. 364), ou un effet

secondaire d'un médicament (p. ex., Trouble des mouvements induit par un médicament, p. 846).

Des états catatoniques ont été retrouvés chez 5 à 9 % des patients hospitalisés. Parmi les patients présentant une catatonie, 25 à 50 % des cas surviennent en association avec des troubles de l'humeur, 10 à 15 % surviennent en association avec la schizophrénie (voir Schizophrénie, type catatonique, p. 364), et les cas restants surviennent en association avec d'autres troubles mentaux (p. ex., le Trouble obsessionnel compulsif, les Troubles de la personnalité et les Troubles dissociatifs). Il est important de noter que la catatonie peut également survenir dans une grande variété d'affections médicales générales comprenant, mais sans se limiter à ces affections, celles dues à des maladies infectieuses, métaboliques et neurologiques (voir **Trouble catatonique dû à une affection médicale générale,** p. 213), ou peut être due à un effet secondaire d'un médicament (p. ex., **Trouble des mouvements induit par un médicament,** voir p. 845). En raison de la gravité des complications, une attention particulière doit être portée sur la possibilité que la catatonie soit due au **Syndrome malin des neuroleptiques** (p. 846).

Critères de spécification des caractéristiques catatoniques

Spécifier si :

Avec caractéristiques catatoniques (peut s'appliquer à l'Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte actuel ou le plus récent d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble bipolaire I ou d'un Trouble bipolaire II).

Le tableau clinique est dominé par au moins deux des éléments suivants :

(1) Immobilité motrice se traduisant par une catalepsie (y compris une flexibilité cireuse) ou un état de stupeur.
(2) Activité motrice excessive (apparemment sans but et non influencée par les stimulus externes).
(3) Négativisme extrême (résistance sans motif apparent à toutes les consignes ou maintien d'une posture rigide résistant à toute tentative de mobilisation) ou mutisme.
(4) Mouvements volontaires bizarres se manifestant par l'adoption de postures (maintien volontaire de postures inappropriées ou bizarres), de mouvements stéréotypés, d'un maniérisme ou d'une mimique grimaçante prononcée.
(5) Écholalie ou échopraxie.

Spécification des caractéristiques mélancoliques

La spécification : avec caractéristiques mélancoliques s'applique à l'Épisode dépressif majeur actuel (ou, si les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, le plus récent) qui survient au cours d'un Trouble dépressif majeur et à l'Épisode dépressif majeur actuel (ou le plus récent) d'un Trouble bipolaire 1 ou bipolaire II mais seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent. La caractéristique essentielle d'un Épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques est la perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ou une absence de réactivité aux stimuli habituellement considérés comme agréables.

L'humeur dépressive du sujet ne s'améliore pas, même temporairement, en cas d'événement positif (Critère A). De plus, au moins trois parmi les symptômes suivants sont présents : une qualité particulière de l'humeur dépressive, une aggravation matinale habituelle de la dépression, un réveil matinal précoce, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, une anorexie ou une perte de poids marqués ou une culpabilité excessive ou inappropriée (Critère B).

La spécification : avec caractéristiques mélancoliques s'applique si ces caractéristiques sont présentes au nadir de l'épisode. Il n'existe pas seulement une diminution mais une absence pratiquement complète de la capacité à prendre du plaisir. Lorsque même des événements particulièrement désirés n'améliorent pas ou améliorent seulement partiellement l'humeur dépressive, on dispose d'une indication permettant d'évaluer la perte de réactivité de l'humeur (p. ex., de 20 à 40 % pendant quelques minutes). La qualité particulière de l'humeur qui caractérise la spécification avec caractéristiques mélancoliques est perçue par le sujet comme qualitativement différente de la tristesse éprouvée au cours d'un deuil ou d'un Épisode non mélancolique. Pour la mettre en évidence on peut demander au sujet de comparer qualitativement son humeur dépressive actuelle à celle éprouvée lors de la mort d'un être cher. Une humeur dépressive décrite comme un peu plus sévère, plus durable ou présente sans raison particulière n'est pas considérée comme qualitativement différente. Les modifications psychomotrices sont pratiquement toujours présentes et observables par d'autres. Les troubles de la personnalité prémorbides, l'existence de facteurs déclenchants nets et une réponse placebo sont moins fréquents chez les sujets présentant des caractéristiques mélancoliques. Les sujets ont plus probablement répondu antérieurement à un traitement antidépresseur ou à une sismothérapie et répondront aussi probablement à ce type de traitement pour l'épisode actuel. Les caractéristiques mélancoliques se rencontrent dans les cieux sexes ; elles sont plus fréquentes chez les sujets âgés. Une conséquence de cette réponse moins probable au placebo est la nécessité plus grande d'un traitement antidépresseur actif.

Ces caractéristiques ont une faible tendance à réapparaître au cours des épisodes ultérieurs chez un même sujet. Elles sont plus fréquentes chez les malades hospitalisés que chez les malades ambulatoires ; elles sont moins probables dans les Épisodes dépressifs majeurs légers que clans les Épisodes dépressifs sévères et sont plus probables lorsque existent des caractéristiques psychotiques. Les caractéristiques mélancoliques sont plus fréquemment associées à des examens complémentaires anormaux, tels une non-suppression par la dexaméthasone, des concentrations élevées de cortisol dans le plasma, les urines et la salive, des altérations des profils EEG de sommeil, une perturbation du test de stimulation à la tyramine, et une asymétrie anormale clans les épreuves d'écoute dichotique.

Critères de spécification des caractéristiques mélancoliques

Spécifier si :

Avec caractéristiques mélancoliques : peut s'appliquer à l'Épisode dépressif majeur actuel ou le plus récent d'un Trouble dépressif majeur ou à l'Épisode dépressif majeur d'un Trouble bipolaire **I** ou Trouble bipolaire **II** seulement s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent.

A. L'un des éléments suivants a été présent au cours de la période la plus grave de l'épisode actuel :

(1) perte du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
(2) absence de réactivité aux stimulus habituellement agréables (ne se sent pas beaucoup mieux, même temporairement, lorsqu'un événement agréable survient).

B. Trois éléments (ou plus) parmi les suivants :

(1) qualité particulière de l'humeur dépressive (c.-à-d. l'humeur dépressive est ressentie comme qualitativement différente du sentiment éprouvé après la mort d'un être cher)
(2) dépression régulièrement plus marquée le matin
(3) réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil)
(4) agitation ou ralentissement psychomoteur marqué
(5) anorexie ou perte de poids significative
(6) culpabilité excessive ou inappropriée

Spécification des caractéristiques atypiques

La spécification : avec caractéristiques atypiques ne peut s'appliquer à l'Épisode dépressif majeur actuel (ou, si les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, au plus récent) d'un Trouble dépressif majeur et à l'Épisode dépressif majeur actuel (ou le plus récent) d'un Trouble bipolaire I ou bipolaire **II** que s'il s'agit de l'épisode thymique le plus récent, ou au Trouble dysthymique. Le terme « dépression atypique » possède un sens historique (c.-à-d. atypique en comparaison avec les présentations « endogènes » plus classiques de la dépression) et ne connote pas une présentation clinique rare ou inhabituelle comme le terme pourrait le laisser supposer. Les caractéristiques principales sont la réactivité de l'humeur (Critère A) et la présence d'au moins deux des symptômes suivants (Critère B) : une augmentation de l'appétit ou une prise de poids, une hypersomnie, une impression de membres en plomb et la présence régulière, au long cours, d'une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles. Ces caractéristiques dominent le tableau au cours des deux dernières semaines (ou au cours des deux dernières années pour le Trouble clys-

thymique). La spécification : avec caractéristiques atypiques ne peut s'appliquer si le même Épisode dépressif majeur remplit les critères des caractéristiques mélancoliques ou des caractéristiques catatoniques. Lorsque la spécification concerne l'Épisode dépressif majeur le plus récent (et non l'épisode actuel), elle s'applique si les caractéristiques ont prédominé pendant n'importe quelle période de 2 semaines.

La réactivité de l'humeur est la capacité à se sentir mieux lorsque quelque chose d'agréable se produit (p. ex., une visite des enfants, des compliments). L'humeur peut redevenir euthymique pendant des périodes prolongées si les circonstances extérieures demeurent favorables. L'augmentation de l'appétit se manifeste par une augmentation évidente de la prise de nourriture ou par un gain de poids. L'insomnie peut comprendre soit une augmentation de durée du sommeil nocturne soit une somnolence diurne conduisant à 10 heures de sommeil par jour (ou au moins 2 heures de plus qu'avant la dépression). l,es membres en plomb correspondent à une sensation de lourdeur, de plomb, de pesanteur, habituellement au niveau des bras ou des jambes ; la durée est habituellement d'au moins une heure par jour mais souvent de plusieurs heures consécutives. Contrairement aux autres caractéristiques atypiques la sensibilité pathologique au rejet dans les relations interpersonnelles est un trait d'apparition précoce et qui persiste pratiquement pendant tout l'âge adulte. La sensibilité au rejet est présente indépendamment des états dépressifs mais peut être exacerbée par ceux-ci. Les problèmes résultant de la sensibilité au rejet doivent être suffisamment importants pour induire une altération du fonctionnement. Les relations peuvent être orageuses avec des ruptures fréquentes et une impossibilité d'entretenir des relations durables. Les réactions du sujet aux rebuffades ou aux critiques se manifestent en quittant le travail trop tôt, par l'usage excessif de substances ou à travers d'autres comportements inadaptés cliniquement significatifs. La peur d'un rejet peut induire un évitement à engager des relations. Être parfois susceptible ou très sensible ne représente pas une manifestation de sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles. Les sujets avec caractéristiques atypiques présentent souvent un 'l'rouble de la personnalité (p. ex., Personnalité évitante) et un 'l'rouble anxieux (p. ex., Anxiété de séparation, Phobie spécifique ou Phobie sociale). Les anomalies des examens complémentaires associées à l'Épisode dépressif majeur avec mélancolie ne sont pas habituellement présentes en cas d'épisode avec caractéristiques atypiques.

Les caractéristiques atypiques sont deux ou trois fois plus fréquentes chez les femmes. Les sujets avec caractéristiques atypiques décrivent souvent un âge de début précoce (p. ex., durant les études secondaires) et présentent une évolution plus chronique, moins épisodique, avec une rémission seulement partielle entre les épisodes. Les épisodes avec caractéristiques atypiques surviennent plus souvent chez les sujets jeunes tandis que les caractéristiques mélancoliques sont plus fréquentes chez les sujets âgés. Les épisodes avec caractéristiques atypiques sont plus fréquents clans les Troubles bipolaires I, Troubles bipolaires II et l'Épisode dépressif majeur récurrent à caractère saisonnier. l,es épisodes dépressifs avec caractéristiques atypiques ont plus de chance de répondre à un traitement par un antidépresseur inhibiteur de la monoamine oxydase qu'à un antidépresseur tricyclique. La valeur prédictive des caractéristiques atypiques est moins claire concernant les nouveaux traitements, comme les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine ou les psychothérapies interpersonelles ou cognitives.

Critères de spécification pour caractéristiques atypiques

Spécifier si :

Avec caractéristiques atypiques (peut s'appliquer quand ces caractéristiques prédominent pendant les deux semaines les plus récentes de l'épisode dépressif majeur d'un Trouble dépressif majeur ou d'un Trouble bipolaire I ou Trouble bipolaire II, quand un Épisode dépressif majeur actuel est le type le plus récent (l'épisode thymique, ou quand ces caractéristiques prédominent pendant les deux années les plus récentes d'un Trouble dysthymique ; si l'Épisode dépressif majeur n'est pas actuel, la spécification s'applique si les caractéristiques ont prédominé durant n'importe quelle période de 2 semaines).

A. Réactivité de l'humeur (c.-à-d. les événements positifs réels ou potentiels améliorent l'humeur).

B. Deux des caractéristiques suivantes :

(1) prise de poids ou augmentation de l'appétit significative
(2) hypersomnie
(3) membres « en plomb » (c.-à-d. sensation de lourdeur, « de plomb » dans les bras et les jambes)
(4) la sensibilité au rejet dans les relations est un trait durable (c.-à- d. qu'elle n'est pas limitée aux épisodes de trouble thymique) qui induit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

C. Ne répond pas aux critères avec caractéristiques mélancoliques ou avec caractéristiques catatoniques au cours (lu même épisode.

Spécification d'un début lors du post-partum

La spécification : avec début lors du post-partum ne peut s'appliquer à l'Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte actuel (ou, si tous les critères d'un Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte ne sont pas actuellement remplis, au plus récent) qui survient au cours d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble bipolaire I ou bipolaire H ou du Trouble psychotique bref (p. 381) si le début survient au cours des 4 semaines suivant l'accouchement. Les symptômes d'un Épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte avec début lors du post-partum ne se distinguent des symptômes des épisodes thymiques hors (lu post-partum. Les symptômes fréquents dans les épisodes avec début lors du post-partum, bien que non spécifiques des débuts lors du post-partum, comprennent les fluctuations de l'humeur, la labilité de l'humeur, et des préoccupations pour le bien-être de l'enfant, dont l'intensité peut varier d'inquiétudes

excessives à des idées délirantes franches. La présence de ruminations ou de pensées délirantes graves est associée à une augmentation significative du risque de violences envers l'enfant.

Les épisodes avec début lors du post-partum peuvent se présenter avec ou sans caractéristiques psychotiques. L'infanticide est le plus souvent associé à un épisode psychotique du post-partum caractérisé par des ordres hallucinatoires de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles l'enfant est possédé mais il peut aussi survenir lors d'épisodes thymiques sévères du post-partum ne comportant pas de telles idées délirantes ou hallucinations spécifiques. Les épisodes thymiques du post-partum avec caractéristiques psychotiques (dépressif majeur, maniaque ou mixte) surviennent pour 1 accouchement sur 500 à 1 000 et sont plus fréquents chez les primipares. La probabilité de présenter un épisode avec caractéristiques psychotiques lors du post-partum est particulièrement augmentée chez les femmes ayant des antécédents d'épisodes dépressifs lors du post-partum mais aussi chez celles présentant des antécédents de Trouble dépressif (notamment le Trouble bipolaire **1).**

Quand une femme a présenté un épisode avec caractéristiques psychotiques lors du post-partum, le risque de récurrence pour chaque accouchement ultérieur est de 30 à 50 %. Il existe aussi des données montrant une augmentation du risque de survenue d'épisodes dépressifs psychotiques lors du post-partum chez des femmes sans antécédents personnels de Trouble dépressif mais avec des antécédents familiaux de Trouble bipolaire. Les épisodes lors du post-partum doivent être distingués d'un delirium survenant lors du post-partum qui se caractérise par une diminution du niveau de vigilance ou (l'attention.

Les femmes présentant un Épisode dépressif majeur du post-partum ont souvent une anxiété sévère et même des attaques de panique. Les attitudes maternelles envers l'enfant sont très variables mais peuvent comprendre un désintérêt, une peur d'être seule avec l'enfant, ou une surstimulation empêchant un repos adapté de l'enfant. Il est important de distinguer les épisodes thymiques du post-partum du « baby blues », qui affecte jusqu'à 70 % des femmes au cours des 10 jours suivant l'accouchement, est transitoire, et n'altère pas le fonctionnement. Des études prospectives ont démontré que les symptômes thymiques et anxieux durant la grossesse, de même que le « baby blues », augmentent le risque d'Épisode dépressif majeur du post-partum. Un antécédent personnel de Trouble de l'humeur hors post-partum et un antécédent familial de Troubles de l'humeur augmentent le risque de développement d'un Épisode dépressif majeur du post-partum. Les facteurs de risque, les taux de récurrence et les symptômes des Épisodes dépressifs majeurs du post-partum sont similaires à ceux des épisodes thymiques hors post-partum. Cependant, la période du post-partum est unique en ce qui concerne le degré d'altérations neuroendocriniennes et d'adaptation psychosociale, l'influence potentielle de l'allaitement sur la prescription des traitements, et les conséquences à long terme d'un antécédent de Trouble de l'humeur du post-partum sur les préventions familiales ultérieures.

Critères de spécification d'un début lors du post-partum

Spécifier *si* :

Avec début lors du post-partum : (peut s'appliquer à l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble bipolaireI ou d'un Trouble bipolaireII ou du Trouble psychotique bref).

Le début de l'épisode survient dans les quatre premières semaines du post-partum.

Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents

Un certain nombre de spécifications pour les Troubles dépressifs sont proposées pour augmenter la spécificité du diagnostic, pour créer des sous-groupes plus homogènes, pour améliorer le choix du traitement et la prédiction du pronostic. Les spécifications qui décrivent l'évolution des épisodes récurrents comprennent les spécifications pour l'évolution longitudinale (avec ou sans rémission complète entre les épisodes), le caractère saisonnier et les cycles rapides. Ces spécifications ne peuvent pas être codées. Le tableau 2 montre quelles spécifications de l'évolution s'appliquent pour chaque Trouble de l'humeur (voir p. 488).

Spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison complète entre les épisodes)

Les spécifications : avec guérison complète entre les épisodes ou sans guérison complète entre les épisodes sont proposées afin de préciser l'évolution de la maladie chez des sujets présentant un Trouble dépressif majeur récurrent, un Trouble bipolaire I ou Trouble bipolaire II. Ces spécifications doivent s'appliquer à la période comprise entre les deux épisodes les plus récents. La caractérisation de l'évolution est encore améliorée si l'on note l'existence d'un Trouble dysthymique antérieur.

Les quatre graphiques p. 488 décrivent des évolutions prototypiques. *A* montre l'évolution d'un Trouble dépressif majeur récurrent sans Trouble dysthymique antérieur avec une période de rémission complète entre les épisodes. Ce type d'évolution présente le meilleur pronostic. *B* montre l'évolution d'un Épisode dépressif majeur récurrent sans Trouble dysthymique antérieur mais des symptômes marqués persistent entre les deux épisodes les plus récents. On n'atteint donc qu'une rémission partielle. *C* montre l'évolution rare (observée chez moins de 3 % (les sujets avec un Trouble dépressif majeur) (l'un Trouble dépressif majeur récurrent avec un Trouble dysthymique antérieur mais une rémission complète entre les deux épisodes les plus récents.

D montre l'évolution d'un Trouble dépressif majeur récurrent avec un Trouble dysthymique antérieur et sans période de rémission complète entres les deux épisodes les plus récents. Cette modalité, habituellement appelée « double dépression » (voir p. 435) est retrouvée chez 20 à 25 % des sujets présentant un Trouble dépressif majeur.

En général, les sujets présentant des antécédents sans rémission complète entre les épisodes présentent la même modalité évolutive entre les épisodes ultérieurs. Ils semblent aussi présenter plus d'Épisodes dépressifs majeurs que ceux avec une rémission complète entre les épisodes. L'existence d'un Trouble dysthymique avant la survenue du premier Épisode dépressif majeur rend moins probable une rémission complète entre les épisodes ultérieurs. Ces spécifications peuvent aussi s'appliquer aux périodes de temps comprises entre les épisodes thymiques les plus récents des Troubles bipolaire I et bipolaire **II** afin de préciser la présence ou l'absence de symptomatologie.

Tableau 2 : Spécifications pour l'évolution applicables aux Troubles de l'humeur.

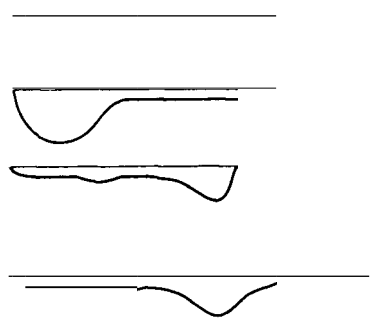
	Avec/Sans guérison entre les épisodes	caractère saisonnier	Cycles rapides
Trouble dépressif majeur, Épisode isolé			
Trouble dépressif majeur, récurrent	x	x	
Trouble dysthymique			
Trouble bipolaire I, Épisode maniaque isolé			
Trouble bipolaire Épisode le plus récent hypomaniaque	x	x	x
Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent maniaque	x	x	x
Trouble bipolaire 1, Épisode le plus récent mixte	x	x	x
Trouble bipolaire 1, Épisode le plus récent dépressif	x	x	x
Trouble bipolaire I, Épisode le plus récent non spécifié	x	x	x
Trouble bipolaire II, hypomaniaque	x	x	x
Trouble bipolaire II, dépressif	x	x	x
Trouble cyclothymique			

A. Récurrent, avec guérison complète entre les épisodes, sans Trouble dysthymique

B. Récurrent, sans guérison complète entre les épisodes, sans Trouble dysthymique

C. Récurrent, avec guérison complète entre les épisodes, surajouté à un Trouble dysthymique (coder aussi F34.1 [300.4])

D. Récurrent, sans guérison complète entre les épisodes, surajouté à un Trouble dysthymique (coder aussi F34.1 [300.4])



Critères de spécification de l'évolution longitudinale

Spécifier si : (peut s'appliquer au Trouble dépressif majeur récurrent ou au Trouble bipolaire 1 ou II).

Avec guérison complète entre les épisodes : si une rémission complète a été obtenue entre les deux épisodes thymiques les plus récents.

Sans guérison complète entre les épisodes : si une rémission complète n'a pas été obtenue entre les deux derniers épisodes.

Spécification du caractère saisonnier

La spécification : avec caractère saisonnier peut s'appliquer aux modalités évolutives de l'Épisode dépressif majeur du Trouble bipolaire I, du Trouble bipolaire II ou du Trouble dépressif majeur récurrent. Les caractéristiques essentielles sont la survenue et la rémission des Épisodes dépressifs majeurs à des périodes particulières dans l'année. Dans la plupart des cas, les épisodes débutent à l'automne ou en hiver et guérissent au printemps. Plus rarement on peut observer des épisodes estivaux récurrents. Cette modalité évolutive de survenue et de rémission des épisodes doit exister depuis deux ans sans que surviennent des épisodes non saisonniers pendant cette période. De plus, le nombre d'épisodes dépressifs saisonniers survenus dans la vie entière du sujet doit dépasser le nombre d'épisodes non saisonniers. Cette spécification ne s'applique pas si les modalités évolutives sont mieux expliquées par un stress psychosocial saisonnier (p. ex., chômage saisonnier, période scolaire). Les Épisodes dépressifs majeurs qui comportent un caractère saisonnier sont souvent caractérisés par une anergie, une hypersomnie, une hyperphagie, un gain de poids et une recherche des hydrates de carbone au premier plan. On ne sait pas si le caractère saisonnier est plus fréquent en cas de Trouble dépressif majeur récurrent, ou de Trouble bipolaire. Cependant, dans le cadre du Trouble bipolaire un caractère saisonnier semble plus fréquent dans le Trouble bipolaire II que clans le Trouble bipolaire I. Chez certains sujets, le début des Épisodes maniaques ou hypomaniaques peut aussi être lié à une saison particulière. Le traitement par une lumière forte dans le spectre visible peut entraîner des virages maniaques ou hypomaniaques.

La prévalence du caractère saisonnier de type hivernal varie avec la latitude, l'âge, le sexe. L'âge est un facteur prédictif important du caractère saisonnier, les sujets jeunes présentant un risque plus élevé pour les épisodes dépressifs hivernaux. 60 à 90 % des sujets présentant un caractère saisonnier sont féminins mais on ne peut affirmer que le sexe féminin représente un facteur de risque spécifique supplémentaire et accru par rapport à celui déjà associé au Trouble dépressif majeur récurrent. En principe, cette spécification s'applique au caractère saisonnier d'un Épisode dépressif majeur complet ; certaines recherches suggèrent cependant que le caractère saisonnier décrit également

le tableau de certains sujets dont les épisodes ont un caractère saisonnier hivernal sans remplir les critères d'un Épisode dépressif majeur.

Critères de spécification du caractère saisonnier

Spécifier si :

Avec caractère saisonnier (peut s'appliquer aux modalités évolutives des Épisodes dépressifs majeurs, des Troubles bipolaires I et II ou du Trouble dépressif majeur récurrent).

A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des Épisodes dépressifs majeurs du Trouble bipolaire I ou bipolaire II ou du Trouble dépressif majeur récurrent et une période particulière de l'année (p. ex., début régulier des Épisodes dépressifs majeurs à l'automne ou en hiver).

N.-B. : Ne pas inclure les cas Où il y a une relation évidente entre la saison et un stress psychosocial (p. ex., chômage régulier chaque hiver).

B. Les rémissions complètes (ou la transformation d'une dépression en une manie ou une hypomanie) surviennent aussi au cours d'une période particulière de l'année (p. ex., disparition de la dépression au printemps).

C. Présence d'au moins deux Épisodes dépressifs majeurs au cours des deux dernières années, confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition des critères A et B. Aucun Épisode dépressif majeur de caractère non saisonnier n'est survenu au cours de cette période.

D. Au cours de la vie entière du sujet, les Épisodes dépressifs majeurs saisonniers (décrits ci-dessus) sont nettement plus nombreux que les Épisodes dépressifs majeurs non saisonniers.

Spécification des cycles rapides

La spécification : avec cycles rapides s'applique au Trouble bipolaire I ou bipolaire II. La caractéristique essentielle d'un Trouble bipolaire avec cycles rapides est la survenue d'au moins quatre épisodes thymiques au cours des 12 mois précédents. Tous les ordres de survenue, toutes les combinaisons sont possibles. Les épisodes doivent remplir les critères symptomatiques et de durée pour un Épisode dépressif majeur, maniaque, mixte ou hypomaniaque et doivent être délimités par une période de rémission complète ou par le virage de l'humeur dans le sens de la polarité opposée. Les Épisodes maniaques, hypomaniaques et mixtes font partie du même pôle (p. ex., un Épisode maniaque suivi immédiatement d'un Épisode mixte compte pour un seul

épisode au regard de la spécification avec cycles rapides). En dehors de leur plus grande fréquence les épisodes survenant sur le mode de cycles rapides ne diffèrent pas de ceux ne présentant pas cette modalité évolutive. Les épisodes thymiques pris en compte pour identifier un mode (le cycles rapides ne peuvent être dus à une substance (p. ex., cocaïne, corticoïdes) ou à une affection médicale générale.

Dans les cliniques spécialisées on observe 5 à 15 de cycles rapides chez les sujets présentant un Trouble bipolaire. Alors que le sexe ratio est équilibré dans le Trouble bipolaire on retrouve 70 à 90 % de femmes présentant la modalité avec cycles rapides. Ces cycles rapides ne sont pas liés à une phase du cycle menstruel et surviennent chez les femmes avant et après la ménopause. Les cycles rapides peuvent être associés à une hypothyroïdie, à certains troubles neurologiques (p. ex., sclérose en plaques), à un retard mental, à des traumatismes cérébraux ou au traitement antidépresseur. Les cycles rapides peuvent survenir n'importe quand au cours de l'évolution d'un Trouble bipolaire, apparaître puis disparaître en particulier lorsqu'ils sont associés à la prise d'antidépresseurs. Il existe certaines preuves du fait que certains sujets ayant des cycles rapides connaissent une accélération de leurs cycles après avoir reçu des médicaments antidépresseurs. L'apparition de cycles rapides est liée à un pronostic à long terme moins favorable.

Spécification des cycles rapides

Spécifier si :

Avec cycles rapides (peut s'appliquer au Trouble bipolaire 1 ou bipolaire II).

Au cours des 12 derniers mois au moins quatre épisodes thymiques répondaient aux critères d'Épisode : dépressif majeur, maniaque, mixte ou hypomaniaque.

N.-B. : Les épisodes sont délimités par la survenue d'une rémission complète ou partielle d'au moins deux mois ou par le virage à un épisode de polarité opposée (p. ex., Épisode dépressif majeur vers Épisode maniaque).

Troubles anxieux

Ce chapitre contient les troubles suivants : Trouble panique sans Agoraphobie, Trouble panique avec Agoraphobie, Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique, Phobie spécifique, Phobie sociale, Trouble obsessionnel-compulsif, État de stress post- traumatique, État de stress aigu, Anxiété généralisée (Trouble), Trouble anxieux dû à une affection médicale générale, Trouble anxieux induit par une substance, Trouble anxieux non spécifié. Dans la mesure où les Attaques de panique et l'Agoraphobie surviennent dans le cadre de plusieurs de ces troubles, les critères d'une Attaque de panique et d'une Agoraphobie sont repris séparément au début de cette section.

Une Attaque de panique est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

L'Agoraphobie est une anxiété liée à, ou un évitement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'Attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

Le Trouble panique sans Agoraphobie est caractérisé par des Attaques de panique récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante. Le **Trouble panique avec Agoraphobie** est caractérisé à la fois par des Attaques de panique récurrentes et inattendues et par une Agoraphobie.

L'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique est caractérisée par la présence d'une Agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédent d'Attaques de panique inattendues.

La Phobie spécifique est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutés, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

La Phobie sociale est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

Le Trouble obsessionnel—compulsif est caractérisé par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

L'État de stress post-traumatique est caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimulus associés au traumatisme.

L'État de stress aigu est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'État de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

L'Anxiété généralisée (Trouble) est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs.

Le Trouble anxieux dû à une affection médicale générale est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe (l'une affection médicale générale.

Le Trouble anxieux induit par une substance est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

Le Trouble anxieux non spécifié permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des Troubles anxieux spécifiques définis dans ce chapitre (ou des symptômes anxieux vis-à-vis desquels il existe des informations inadéquates ou contradictoires).

Dans la mesure où le Trouble : Anxiété (le séparation (caractérisé par une anxiété liée à la séparation des figures parentales) se développe habituellement dans l'enfance, il est inclus dans le chapitre des « Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance ou l'adolescence » (voir p. 141). L'évitement phobique, lorsqu'il est limité aux contacts sexuels génitaux avec un partenaire sexuel, est classé comme Trouble : Aversion sexuelle et est inclus clans le chapitre des « Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle » (voir p. 624).

Attaque de panique

Caractéristiques

Dans la mesure où les Attaques de panique peuvent être retrouvées dans le contexte de n'importe quel Trouble anxieux ou trouble mental (p. ex., Troubles de l'humeur, Troubles liés à une substance) et de certaines affections médicales générales (p. ex., cardiaque, respiratoire, vestibulaire, gastro-intestinale), le texte et l'ensemble des critères d'une Attaque de panique sont fournis séparément dans *ce* chapitre.

La caractéristique essentielle de l'Attaque de panique consiste en une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise très intense en dehors de tout danger réel et accompagnée par au moins 4 à 13 symptômes somatiques ou cognitifs. Les symptômes peuvent être de nature somatique ou cognitive et comprennent : palpitations, transpiration, tremblements ou secousses musculaires, sensations de souffle coupé ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertiges ou de tête vide, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou », peur de mourir, paresthésies et frissons ou bouffées de chaleur. L'attaque a un début soudain et atteint rapidement son acmé (habituellement en 10 minutes ou moins) et est souvent accompagnée d'un sentiment de danger ou de catastrophe imminente et (l'un besoin urgent de s'échapper. L'anxiété qui caractérise l'Attaque de panique peut être distinguée de l'anxiété généralisée par son aspect bien délimité, quasi paroxystique et sa sévérité typiquement plus importante. Les attaques qui remplissent tous les autres critères, mais ont moins de quatre symptômes somatiques ou cognitifs, sont désignées sous le nom (l'attaques pauci-symptomatiques.

Il existe trois types caractéristiques d'Attaque de panique : les Attaques de panique inattendues (non induites), les Attaques de panique situationnellement liées (induites) et les Attaques favorisées par des situations. Chaque type d'Attaque de panique est défini par des relations différentes entre le début de l'attaque et la présence ou l'absence de situations déclenchantes externes (p. ex., un sujet souffrant d'une claustrophobie a une Attaque alors que son ascenseur est bloqué entre deux étages) ou internes (p. ex., des cognitions de catastrophes concernant les conséquences des palpitations cardiaques). Les **Attaques de panique inattendues** (non induites) sont celles dans lesquelles le sujet n'associe pas le début de l'attaque de panique à une situation déclenchante interne ou externe (c.-à-d. attaque survenant spontanément, « à l'improviste »). Les **Attaques de panique situationnellement liées (induites)** sont celles dans lesquelles l'Attaque de panique survient de façon presque invariable immédiatement lors de l'exposition à une situation déclenchante ou clans l'anticipation de celle-ci (p. ex., une personne souffrant d'une Phobie Sociale ayant une Attaque de panique lorsqu'elle va faire un discours en public). Les **Attaques de panique favorisées par des situations** ressemblent aux attaques situationnellement liées mais ne sont pas de manière invariable associées avec le stimulus et ne surviennent pas nécessairement immédiatement après l'exposition (p. ex., les attaques ont plus de chances de survenir alors que le sujet conduit son véhicule, mais il existe des occasions dans lesquelles le sujet peut conduire sans avoir d'Attaque de panique ou bien, certaines fois, l'Attaque de panique survient après une demi-heure de conduite).

Les sujets consultant pour des attaques de panique inattendues décrivent habituellement la peur comme intense et disent qu'il ont pensé être sur le point de mourir, de perdre le contrôle d'eux-mêmes, d'avoir une crise cardiaque, ou un accident vasculaire cérébral ou de « devenir fou ». Ils rapportent aussi habituellement un désir urgent de fuir l'endroit quel qu'il soit où l'attaque est survenue. Avec le temps, les Attaques de panique récurrentes inattendues deviennent typiquement des attaques situationnellement liées ou favorisées par des situations, bien que des attaques inattendues puissent persister.

La survenue d'attaques de panique inattendues est nécessaire pour qu'un diagnostic de Trouble panique (avec ou sans Agoraphobie) puisse être porté. Les Attaques de panique situationnellement liées ou les Attaques de panique favorisées par des situations sont fréquentes dans le Trouble panique mais peuvent également survenir dans le contexte d'autres Troubles anxieux et d'autres troubles mentaux. Par exemple, les Attaques de panique situationnellement liées surviennent chez la plupart des sujets souffrant d'une Phobie sociale (p. ex., le sujet fait une Attaque de panique systématiquement à chaque fois qu'il doit parler en public) et chez les sujets souffrant d'une Phobie spécifique (p. ex., le sujet souffrant d'une Phobie spécifique des chiens qui fait une Attaque de panique systématiquement à chaque fois qu'il voit un chien qui aboie), alors que les Attaques de panique favorisées par des situations surviennent plus typiquement dans le Trouble anxiété généralisée (p. ex., après avoir regardé à la télévision une émission alarmante au sujet d'un ralentissement économique, le sujet devient très préoccupé par sa situation financière et fait une Attaque de panique) et clans le Syndrome de Stress post-traumatique (p. ex., une victime de viol fait parfois des Attaques de panique lorsqu'elle est confrontée à ce qui lui rappelle l'événement traumatisant, tel que voir un homme qui lui rappelle son agresseur).

Dans l'évaluation du diagnostic différentiel d'une Attaque de panique, il est important de prendre en compte le contexte dans lequel l'Attaque de panique survient. La distinction entre les Attaques de panique inattendues et celles qui sont situationnelle-

ment liées et favorisées par des situations est d'une importance majeure, du fait que l'existence d'Attaques de panique inattendues récurrentes est indispensable pour le diagnostic de Trouble panique (voir p. 498). Établir si des antécédents d'Attaque de panique justifient un diagnostic de Trouble panique est toutefois compliqué du fait qu'une relation exclusive n'existe pas toujours entre le type d'Attaque de panique et le diagnostic. Par exemple, bien qu'un diagnostic de Trouble panique nécessite théoriquement qu'au moins certaines des Attaques de panique soient inattendues, les sujets présentant un Trouble panique signalent fréquemment avoir des attaques situationnellement liées ou des attaques favorisées par des situations. Ainsi, une évaluation attentive de l'objet de l'anxiété associée aux Attaques de panique est également importante clans une démarche de diagnostic différentiel. Par exemple, considérons le cas d'une femme qui fait une Attaque de panique avant de prendre la parole en public. Si cette femme signale que l'objet de son anxiété était qu'elle pourrait mourir d'une crise cardiaque imminente et en supposant que les autres critères du diagnostic sont remplis, elle peut souffrir d'un Trouble panique. D'un autre côté, s'il lui semble que l'objet de son anxiété n'est pas une Attaque de panique en soi mais le fait d'être embarrassée et humiliée, alors il est plus probable qu'elle souffre d'une Phobie sociale. Les problèmes diagnostiques pour les cas frontières sont discutés dans les sections « Diagnostic différentiel » des textes relatifs aux troubles clans lesquels les Attaques de panique peuvent apparaître.

Critères d'une Attaque de panique

N.-B. : Une Attaque de panique ne peut pas être en tant que telle. Coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'Attaque de panique (p. ex., F40.01 [300.211 Trouble panique avec agoraphobie p. 506]).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, clans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

(1) palpitations, battements de coeur ou accélération du rythme cardiaque
(2) transpiration
(3) tremblements ou secousses musculaires
(4) sensations de « souffle coupé » ou impression (l'étouffement
(5) sensation d'étranglement
(6) douleur ou gêne thoracique
(7) nausée ou gêne abdominale
(8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
(9) déréalisation (sentiments (l'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
(10) peur de perdre le contrôle de soi ou *de* devenir fou
(11) peur de mourir
(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
(13) frissons ou bouffées de chaleur

Agoraphobie

Caractéristiques

Dans la mesure où l'Agoraphobie survient dans le cadre du Trouble panique avec Agoraphobie et dans l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique, le texte et l'ensemble des critères de l'Agoraphobie sont fournis de manière séparée dans ce chapitre. La caractéristique essentielle de l'Agoraphobie est une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles aucun secours ne pourrait être trouvé en cas de survenue d'une Attaque de panique (voir p. 494) ou des symptômes de type panique (p. ex., peur d'avoir une attaque subite de vertige ou une crise de diarrhée soudaine) (Critère A). L'anxiété conduit typiquement à un évitement envahissant de nombreuses situations pouvant inclure le fait d'être seul hors de son domicile ou d'être seul chez soi ; d'être clans une foule ; de voyager en voiture, en bus ou en avion ; ou d'être sur un pont ou dans un ascenseur. Certains sujets sont capables de s'exposer eux-mêmes aux situations redoutées mais ils subissent ces expériences avec une crainte considérable. Souvent, le sujet est plus à même de se confronter à une situation redoutée lorsqu'il est accompagné par quelqu'un (Critère B). L'évitement de situations peut altérer les capacités des sujets à voyager, à travailler ou à assumer leurs responsabilités domestiques (p. ex., faire des courses dans une épicerie, emmener les enfants chez le médecin). Un autre trouble mental ne peut pas mieux expliquer l'anxiété ou l'évitement phobique (Critère C). Le diagnostic différentiel, pour distinguer l'Agoraphobie de la Phobie sociale et de la Phobie spécifique et d'un Trouble d'anxiété de séparation sévère, peut être difficile car toutes ces affections sont caractérisées par l'évitement de situations spécifiques. Les problèmes diagnostiques des cas-frontières sont discutés dans les sections « Diagnostic différentiel » du texte relatif aux troubles dans lesquels le comportement d'évitement est une caractéristique essentielle ou associée.

Critères de l'Agoraphobie

N.-B. : L'Agoraphobie ne peut pas être codée en tant que telle. Attribuer le code en rapport avec le trouble spécifique clans lequel survient l'Agoraphobie (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie (p. 506) ou F40.00 1300.221 Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique).

A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou clans une file d'attente ; sur un pont ou clans un autobus, un train ou une voiture.

(suite)

☐ Critères de l'Agoraphobie *(suite)*

N.-B. : Envisager le diagnostic de Phobie spécifique si l'évitement est limité à une Ou seulement quelques situations spécifiques, ou celui de Phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.

B. Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

Trouble panique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble panique est la présence d'Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 494) suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois d'avoir une autre Attaque de panique, de préoccupations quant aux implications possibles ou aux conséquences de ces Attaques de panique, ou d'un changement significatif de comportement en relation avec les attaques (Critère A). Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., Intoxication par la caféine) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) (Critère C). Finalement, les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex., Phobie spécifique ou Phobie sociale, Trouble obsessionnel-compulsif, État de stress post-traumatique, Trouble anxiété de séparation) (Critère D). Selon que les critères d'Agoraphobie sont remplis ou non (voir p. 498), F40.01 [300.21], un Trouble panique avec Agoraphobie ou F41.0x [300.01] Un Trouble panique sans Agoraphobie est diagnostiqué (Critère B).

Une Attaque de panique inattendue (spontanée, non induite) est définie comme une attaque qui n'est pas associée à un facteur déclenchant situationnel (c.-à-d. elle survient à l'improviste). Les facteurs déclenchants comprennent des stimuli qui sont soit externes (p. ex., situation ou objet phobogène), soit internes (stimulations physiologiques) à l'individu. Dans certains cas, le facteur déclenchant apparaît clairement au clinicien alors qu'il n'est pas facilement identifié par le sujet souffrant d'une Attaque de

panique. Par exemple, un sujet peut ne pas identifier immédiatement l'activation neurovégétative provoquée par une pièce chaude et encombrée ou les sensations d'évanouissement provoquées par un passage rapide de la position couchée à la position assise comme facteurs déclenchants d'une Attaque de panique, et ainsi, ces attaques sont considérées à ce moment-là comme inattendues. Au moins deux Attaques de panique inattendues sont nécessaires pour le diagnostic mais la plupart des sujets en ont beaucoup plus. Les sujets ayant un Trouble panique ont aussi fréquemment des Attaques de panique favorisées par des situations (c.-à-d. celles survenant le plus souvent mais pas de manière invariable lors de l'exposition à un facteur déclenchant situationnel). Des attaques de panique situationnellement liées (c.-à-d. celles qui surviennent presque invariablement et immédiatement lors de l'exposition à un facteur déclenchant situationnel) peuvent survenir mais sont moins communes.

La fréquence et la sévérité des Attaques de panique varient considérablement. Par exemple, certains sujets ont des attaques moyennement fréquentes (p. ex., une fois par semaine) qui surviennent de manière régulière durant une période de plusieurs mois. D'autres rapportent de brefs accès d'attaques plus fréquentes (p. ex., tous les jours durant une semaine) séparées par des semaines ou des mois sans aucune attaque, ou avec des attaques moins fréquentes (p. ex., deux par mois) pendant plusieurs années. Les attaques pauci-symptomatiques (c.-à-d. les attaques identiques aux Attaques de panique « complètes » mais avec une anxiété ou une peur soudaine accompagnée de moins de quatre des treize symptômes supplémentaires) sont très communes chez les sujets ayant un Trouble panique. Bien que la distinction : Attaques de panique complètes et Attaques pauci-symptomatiques soit quelque peu arbitraire, les Attaques de panique complètes sont associées à une plus grande morbidité (p. ex. plus grand utilisation des services de santé, plus grand handicap fonctionnel, moins bonne qualité de vie). La plupart des sujets qui ont des attaques pauci-symptomatiques ont eu des Attaques de panique complètes à un certain moment de l'évolution du trouble.

Les sujets ayant un Trouble panique présentent des craintes ou des inférences caractéristiques quant aux implications ou aux conséquences des Attaques *de* panique. Certains redoutent que les attaques témoignent de la présence d'une maladie non diagnostiquée engageant le pronostic vital (p. ex., maladie cardiaque, épilepsie). Malgré des examens médicaux répétés et un rassurement, ils peuvent demeurer effrayés et n'être pas convaincus qu'ils n'ont pas une maladie engageant le pronostic vital. D'autres redoutent que les Attaques de panique soient le signe qu'ils sont en train de « devenir fous » ou de perdre le contrôle d'eux-mêmes ou qu'ils sont faibles sur le plan émotionnel. Certains sujets ayant des Attaques de panique récurrentes modifient leur comportement de manière importante (p. ex., abandonnent un travail, évitent tout effort physique) en réponse aux attaques mais dénient le fait d'avoir peur d'une autre attaque ou bien l'existence de craintes concernant les conséquences de leurs Attaques de panique. Les craintes portant sur une nouvelle attaque ou ses implications sont souvent associées au développement d'un comportement d'évitement qui peut avoir les critères d'une Agoraphobie (voir p. 498) auquel cas un Trouble panique avec Agoraphobie est diagnostiqué.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Outre la préoccupation relative aux Attaques de panique et à leurs implications, de nombreux sujets avant un Trouble

panique relatent également des sensations constantes ou intermittentes (l'anxiété qui ne sont pas focalisées sur des situations ou des événements spécifiques. D'autres présentent une appréhension excessive à propos des conséquences d'activités et des expériences de la vie quotidienne, particulièrement celles liées à la santé ou à la séparation des êtres chers. Par exemple, des sujets ayant un Trouble panique anticipent souvent une évolution catastrophique de symptômes physiques légers ou bien d'effets secondaires *de* médicaments (p. ex., penser qu'un mal de tête témoigne d'une tumeur cérébrale ou d'une crise hypertensive). De tels individus sont également beaucoup moins tolérants aux effets secondaires des médicaments et ont généralement besoin (l'une réassurance continuelle afin de pouvoir prendre des médicaments. Chez des sujets dont le Trouble panique n'a pas été traité ou a été mal diagnostiqué, la croyance qu'ils ont une maladie non décelée engageant le pronostic vital peut les conduire à la fois à une anxiété chronique fragilisante et à des recours excessifs à des soins médicaux. Cette modalité évolutive peut être très perturbante tant sur le plan émotionnel que financier.

Dans certains cas, la perte ou la rupture de relations interpersonnelles importantes (p. ex., le fait (le quitter son domicile pour vivre seul, le divorce) est associée au début ou à l'exacerbation du Trouble panique. La démoralisation est une conséquence habituelle et de nombreux sujets deviennent découragés, honteux et malheureux en raison de leurs difficultés pour mener à bien leurs activités quotidiennes normales. Ils attribuent souvent ce problème à un manque de « force » ou de « caractère ». Cette démoralisation peut se généraliser à des domaines dépassant les problèmes liés spécifiquement au Trouble panique. Ces sujets peuvent être fréquemment absents du travail ou (le l'école pour des consultations médicales ou dans des services (l'urgence, ce qui peut conduire au chômage ou à l'abandon des études.

Les taux de comorbidité rapportés avec le Trouble dépressif majeur sont très variables, se situant entre 10 et 65 % chez les sujets avant un Trouble panique. Chez environ un tiers (les sujets présentant les deux troubles, la dépression précède le début du Trouble panique. Dans les deux tiers restants, la dépression survient en même temps ou suit le début du Trouble panique. Un sous-groupe de sujets, dont certains pourront développer comme conséquence un Trouble lié à l'utilisation (le substances, traitent leur anxiété avec de l'alcool ou des médicaments.

La comorbidité avec les autres Troubles anxieux est également habituelle, tout particulièrement dans les services cliniques et chez les sujets qui présentent des formes sévères d'Agoraphobie. Une Phobie sociale et un Trouble anxiété généralisée ont été rapportés chez 15 à 30 % des sujets ayant un Trouble panique, une Phobie spécifique chez 2 à 20 % et un Trouble obsessionnel-compulsif chez plus de 10 % (les sujets ayant un Trouble panique. Bien que dans la littérature le Syndrome de stress post-traumatique existe chez 2 à 10 % des sujets ayant un Trouble panique, il semble que ces taux soient bien plus importants lorsque les symptômes post-traumatiques sont systématiquement recherchés. Une Anxiété de séparation durant l'enfance peut être associée à ce trouble. Une comorbidité et des symptômes communs avec l'Hypocondrie sont habituels.

Examens complémentaires. Aucun examen complémentaire ne permet de faire le diagnostic de Trouble panique. Cependant, divers examens complémentaires ont rapporté des anomalies clans des groupes de sujets ayant un Trouble panique comparativement à (les sujets témoins. Certains sujets avant un Trouble panique montrent des signes d'alcalose respiratoire compensatrice (c.-à-d. une diminution du CO_2 et des taux de bicarbonates avec un pH presque normal). La survenue (l'Attaques de

panique en réponse aux perfusions de lactate de sodium ou à l'inhalation de CO_2 est plus habituelle clans le Trouble panique que chez les sujets témoins ou les personnes ayant un Trouble anxiété généralisée.

Examen physique et affections médicales générales. De manière transitoire, une tachycardie et une élévation modérée de la pression artérielle systolique peuvent survenir durant certaines Attaques de panique. Des études ont mis en évidence une comorbidité significative entre le Trouble panique et de nombreux symptômes médicaux et affections médicales générales comme, notamment, des vertiges, des arythmies cardiaques, une hyperthyroïdie, un asthme, une bronchopneumopathie chronique obstructive, et un trouble fonctionnel intestinal. Mais la nature de l'association (p. ex., relation de causalité) entre le Trouble panique et ces états demeure obscure. Bien que des études aient suggéré l'existence d'une plus grande fréquence de prolapsus de la valve mitrale et de maladie thyroïdienne chez les sujets avant un Trouble panique comparativement à la population générale, d'autres études n'ont pas retrouvé de prévalence différente.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Dans certaines cultures, les Attaques de panique peuvent comporter une peur intense d'une action *de* sorcellerie ou de magie. Le Trouble panique tel qu'il est décrit a été retrouvé clans des études épidémiologiques à travers le monde. De plus, un certain nombre d'affections incluses clans le « Glossaire des syndromes propres à une culture donnée » (voir Annexe I) peuvent être en rapport avec le Trouble panique. Certains groupes culturels ou ethniques limitent la participation des femmes à la vie publique ; cela doit être distingué de l'Agoraphobie. Le Trouble panique sans Agoraphobie est diagnostiqué cieux fois plus souvent et le Trouble panique avec Agoraphobie trois fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Prévalence

La plupart des études ont retrouvé des taux de prévalence vie entière du Trouble panique (avec ou sans Agoraphobie) situés entre 1 et 2 % bien que des taux aussi élevés que 3,5 % aient été rapportés. Les taux de prévalence sur un an sont compris entre 0,5 et 1,5 %. Les taux de prévalence du Trouble panique en population clinique sont beaucoup plus élevés. Par exemple, le Trouble panique est diagnostiqué chez approximativement 10 % des sujets suivis en consultation de santé mentale. En population clinique non psychiatrique, les taux de prévalence se situent entre 10 et 30 % dans les pathologies vestibulaire, respiratoire et neurologique et sont aussi élevés que 60 % en pathologie cardiologique. Environ un tiers à la moitié des sujets ayant un diagnostic de Trouble panique en population générale ont également une Agoraphobie, bien qu'un taux beaucoup plus élevé d'Agoraphobie soit observé dans les populations cliniques.

Évolution

L'âge de début du Trouble panique varie de manière considérable mais survient le plus typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine, Il y aurait une distribution bimodale avec un pic à la fin de l'adolescence et un second pic, plus faible, au milieu de la trentaine. Un petit nombre de cas débute clans l'enfance ; un début après l'âge de 45 ans est inhabituel mais peut s'observer. Les descriptions rétrospectives faites

par les sujets vus dans les services cliniques suggèrent que l'évolution habituelle est chronique et se fait avec des hauts et des bas. Certains sujets peuvent avoir des manifestations épisodiques avec des années de rémission entre elles et d'autres peuvent avoir une symptomatologie sévère de manière continue. Des attaques de panique paucisymptomatiques peuvent apparaître de manière plus fréquente si l'évolution du Trouble panique est chronique. Bien que l'Agoraphobie puisse se développer à tout moment, son début se situe habituellement dans la première année de survenue des Attaques de panique récurrentes. L'évolution de l'Agoraphobie et sa relation avec l'évolution des Attaques de panique sont variables. Dans certains cas, une diminution ou une rémission des Attaques de panique peut être suivie de près par une diminution correspondante de l'évitement agoraphobique et de l'anxiété. Chez d'autres, l'Agoraphobie peut devenir chronique, que les Attaques de panique soient présentes ou non. Certains sujets rapportent la possibilité de réduire la fréquence des Attaques de panique par l'évitement de certaines situations. Les études de suivi naturaliste de sujets traités dans des services de santé tertiaire (ou l'on peut avoir une sélection de sujets à mauvais pronostic) suggèrent qu'au bout de six à dix ans après le traitement, environ 30 % des sujets vont bien, 40 à 50 % sont améliorés niais demeurent symptomatiques et les 20 à 30 % restants ont des symptômes identiques ou légèrement aggravés.

Aspects familiaux

Les apparentés biologiques de premier degré des sujets ayant un Trouble panique ont jusqu'à 8 fois plus de risque de développer un Trouble panique. Si l'âge de début du Trouble panique se situe avant 20 ans, les apparentés biologiques de premier degré ont jusqu'à 20 fois plus de risque de développer un Trouble panique. Cependant, dans les services cliniques, près de la moitié à trois quarts des sujets ayant un Trouble panique n'ont pas d'apparentés biologiques de premier degré affectés. Les études de jumeaux montrent l'existence d'un facteur génétique dans le développement du Trouble panique.

Diagnostic différentiel

On ne fait pas le diagnostic de Trouble panique si les Attaques de panique sont jugées être la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, auquel cas un diagnostic de **Trouble anxieux dû à une affection médicale générale** est fait (voir p. 550). Des exemples d'affections médicales générales qui peuvent causer des Attaques de panique comprennent l'hyperthyroïdie, l'hyperparathyroïdie, le phéochromocytome, les dysfonctions vestibulaires, les crises convulsives et les affections cardiaques (p. ex., arythmies, tachycardie supraventriculaire). Des examens de laboratoire appropriés (p. ex., dosage du calcium sérique pour l'hyperparathyroïdie) ou des examens physiques (p. ex., pour des affections cardiaques) peuvent être utiles pour déterminer le rôle étiologique d'une affection médicale générale. On ne fait pas le diagnostic de Trouble panique si les Attaques de panique sont jugées être la conséquence physiologique directe de l'utilisation d'une substance (c.-à-d. une drogue, un médicament), auquel cas le diagnostic d'un **Trouble anxieux induit par une substance** est fait (voir p. 553). Une intoxication par des stimulants du système nerveux central (p. ex., cocaïne, amphétamines, caféine) ou le cannabis et le sevrage de produits dépresseurs du système nerveux central (p. ex., alcool, barbituriques) peuvent préci-

piter une Attaque de panique. Cependant, si les Attaques de panique continuent à survenir en dehors du contexte de l'utilisation d'une substance (p. ex., longtemps après la fin des effets de l'intoxication ou du sevrage), un diagnostic de Trouble panique doit être envisagé. De plus, étant donné que le Trouble panique peut précéder l'utilisation d'une substance chez certains sujets et qu'il peut être associé à une augmentation de l'utilisation d'une substance dans un but d'auto-médication, une évaluation attentive des antécédents est nécessaire afin de déterminer si le sujet avait des Attaques de panique avant l'utilisation excessive d'une substance. Si tel est le cas, un diagnostic de Trouble panique doit être envisagé en plus (l'un diagnostic de Trouble Dépendance ou Abus de substance. Des caractéristiques telles qu'un début après l'âge de 45 ans ou la présence de symptômes atypiques durant une Attaque de panique p. ex., vertige, perte de conscience, perte du contrôle vésical ou sphinctérien, céphalées, dysarthrie ou amnésie) suggèrent qu'une affection médicale générale ou une substance puisse être la cause des symptômes de l'Attaque de panique.

Le Trouble panique doit être différencié des autres troubles mentaux (p. ex., **autres Troubles anxieux** et **Troubles psychotiques)** qui présentent des Attaques de panique en tant que caractéristiques associées. Par définition, le Trouble panique est caractérisé par des Attaques de panique récurrentes et inattendues (spontanées, non induites, survenant à l'improviste). Comme envisagé précédemment (voir p. 495), il existe trois types d'Attaques de panique : inattendues, situationnellement liées et favorisées par des situations. La présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues, soit de manière initiale soit plus tardivement lors de l'évolution, est nécessaire pour le diagnostic de Trouble panique. Par opposition, les Attaques (le panique qui surviennent clans le cadre d'autres Troubles anxieux sont liées aux situations ou favorisées par les situations (p. ex., induites par les situations sociales dans la **Phobie sociale ;** induites par un objet ou une situation clans la **Phobie spécifique** ; induites par des préoccupations anxieuses dans le **Trouble anxiété généralisée** ; induites par l'exposition à l'objet d'une obsession ou bien par les pensées relatives à l'objet d'une obsession dans **le Trouble obsessionnel-compulsif** [par exemple, exposition à la saleté chez quelqu'un qui a une obsession de la contamination ; induites par les stimulus rappelant le facteur de stress dans **l'État de stress post-traumatique).** Dans certains cas, les sujets peuvent avoir du mal à identifier ce qui induit une Attaque de panique. Par exemple, un sujet ayant un État (le stress post-traumatique peut avoir une Attaque de panique induite par des cognitions ou des symptômes physiologiques identiques à ceux survenus lors de l'événement traumatisant (p. ex., arythmies cardiaques, sentiments de détachement). Ces facteurs inducteurs peuvent ne pas être facilement associés par le sujet à l'événement déclenchant. Si les Attaques de panique surviennent exclusivement clans des situations qui peuvent être associées à l'événement traumatisant, alors elles doivent être attribuées à l'État de stress post-traumatique. Par exemple, si une personne qui a été violée lorsqu'elle était seule à la maison a des Attaques de panique uniquement quand elle est seule, un diagnostic d'État de stress post-traumatique plutôt qu'un Trouble panique doit être envisagé. Toutefois, si la personne fait des Attaques de panique inattendues dans d'autres situations, alors un diagnostic supplémentaire de Trouble panique doit être envisagé.

L'objet de l'anxiété aide également à différencier le Trouble panique avec Agoraphobie des autres troubles caractérisés par des comportements d'évitement. L'évitement agoraphobique est associé à la peur d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes d'Attaques de panique, alors que l'évitement dans d'autres troubles est associé aux préoccupations concernant les conséquences négatives ou néfastes asso-

ciées à l'objet ou à la situation dont le sujet a peur (p. ex., peur de l'observation attentive par autrui, de l'humiliation et de la gêne dans la Phobie sociale ; peur des hauteurs, dans la Phobie spécifique ; crainte concernant la séparation dans **l'Anxiété de séparation ;** peur de la persécution dans le **Trouble délirant).**

L'objet de l'anxiété aide également à différencier le Trouble panique avec Agoraphobie des autres troubles caractérisés par des comportements d'évitement. L'évitement agoraphobique est associé à la peur d'avoir une Attaque de panique, alors que l'évitement dans d'autres troubles est associé à des situations spécifiques (p. ex., peur de l'observation attentive par autrui, de l'humiliation et de la gêne clans la Phobie sociale ; peur des hauteurs, des ascenseurs ou de traverser les ponts clans la Phobie spécifique ; crainte concernant la séparation dans **l'Anxiété de séparation ;** peur de la persécution clans le **Trouble délirant).**

La différenciation de la Phobie spécifique, de type situationnel, et du Trouble panique avec Agoraphobie peut être particulièrement difficile car les deux troubles peuvent comporter des Attaques de panique et un évitement du même type de situations (p. ex., conduire une voiture, prendre l'avion, prendre des transports en commun, être clans des endroits clos). De manière prototypique, le Trouble panique avec Agoraphobie est caractérisé par un début avec Attaques de panique inattendues et un évitement secondaire de multiples situations que l'on pense être de probables facteurs déclenchants des Attaques de panique. De manière prototypique, la Phobie spécifique, de type situationnel, est caractérisée par un évitement situationnel en l'absence d'Attaques de panique récurrentes et inattendues. Certaines présentations cliniques se situent entre ces deux prototypes et nécessitent de faire appel au jugement clinique pour choisir le diagnostic le plus approprié. Quatre éléments peuvent être utiles pour étayer ce jugement : l'objet de l'anxiété, le type et le nombre d'Attaques de panique, le nombre de situations évitées et le niveau d'anxiété intercurrente. Par exemple, un sujet qui n'a pas préalablement eu peur ou évité les ascenseurs présente une Attaque de panique dans un ascenseur et commence à craindre d'aller au travail car il doit prendre un ascenseur pour se rendre à son bureau situé au vingt-quatrième étage. Si ce sujet, par la suite, a des Attaques de panique uniquement clans les ascenseurs (même si l'objet de l'anxiété est centré sur l'Attaque de panique), alors un diagnostic de Phobie spécifique peut être approprié. Si, cependant, le sujet présente des Attaques de panique clans d'autres situations et commence à éviter ou à supporter avec souffrance d'autres situations à cause d'une anxiété anticipatoire d'avoir une Attaque de panique, alors un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie doit être fait. De plus, la présence d'une appréhension envahissante liée au fait d'avoir une Attaque de panique, même lorsqu'il n'y a pas d'anticipation de l'exposition à une situation phobogène, est également en faveur d'un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie. Si le sujet a des Attaques de panique inattendues supplémentaires dans d'autres situations sans que se développe une majoration de l'évitement ou le fait de supporter la situation avec souffrance, alors le diagnostic approprié est celui de Trouble panique sans Agoraphobie. Si l'objet de l'évitement n'est pas lié au fait d'avoir une Attaque de panique mais concerne toute autre catastrophe (p. ex., un accident dû à la rupture d'un câble d'ascenseur) alors un diagnostic supplémentaire de Phobie spécifique peut être envisagé.

De manière similaire, la distinction entre Phobie sociale et Trouble panique avec Agoraphobie peut être difficile, particulièrement lorsqu'il existe un évitement uniquement des situations sociales. Par exemple, les sujets ayant un Trouble panique avec Agoraphobie aussi bien que ceux ayant une Phobie sociale peuvent éviter les endroits Où il y a beaucoup de monde (p. ex., les grands centres commerciaux, les soirées où il

y a beaucoup de monde). L'objet de l'anxiété et le type des Attaques de panique peuvent être utiles pour faire cette distinction. Par exemple, un sujet qui n'a pas eu préalablement la peur de parler en public a une Attaque de panique alors qu'il fait un exposé et commence à redouter de faire des présentations. Si ce sujet, par la suite, a des Attaques de panique uniquement dans les situations de performance sociale et si ces attaques s'accompagnent de la peur d'être embarrassé ou humilié, alors un diagnostic de Phobie sociale peut être approprié. Si, cependant, le sujet continue à présenter des Attaques de panique inattendues clans d'autres situations, c'est le diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie qui doit être fait. Les sujets ayant une Phobie sociale ont peur de l'observation attentive par autrui et ont rarement une Attaque de panique lorsqu'ils sont seuls (à moins qu'ils anticipent une situation sociale), alors que les sujets ayant un Trouble panique avec Agoraphobie pourront être plus anxieux dans des situations où ils doivent se trouver sans un accompagnant de confiance. De plus, les Attaques de panique nocturnes qui réveillent un sujet durant son sommeil sont caractéristiques du Trouble panique.

Lorsque les critères du Trouble panique et d'un autre Trouble anxieux ou d'un Trouble de l'humeur sont conjointement remplis, on doit faire le diagnostic des deux troubles. Cependant, si des Attaques de panique inattendues surviennent dans le contexte d'un autre trouble (p. ex., Trouble dépressif majeur ou Anxiété généralisée) mais ne sont pas accompagnées de la peur d'avoir de nouvelles attaques durant une période d'un mois ou plus, de craintes associées ou d'un changement comportemental, on ne fait pas un diagnostic additionnel de Trouble panique. Dans la mesure où les sujets ayant un Trouble panique peuvent s'automédiquer pour leurs symptômes, les Troubles comorbides liés à l'utilisation d'une substance (de manière la plus notable ceux associés au cannabis, à l'alcool et à la cocaïne) ne sont pas inhabituels.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une attaque de panique sont identiques aux critères du DSM-IV mis à part le fait que la CIM-10 inclut un item supplémentaire : bouche sèche.

L'algorithme de la CIM-10, contrairement à celui du DSM4V, nécessite qu'au moins un des symptômes comprenne palpitations, transpiration, tremblements ou bouche sèche. De plus, à la différence du DSM4V, dans lequel la définition du Trouble panique implique des attaques de panique récurrentes et cliniquement significatives, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 nécessitent qu'il y ait au moins 4 attaques en l'espace de 4 semaines. La CIM-10 exclut également le diagnostic de Trouble panique si les attaques de panique sont dues à une schizophrénie ou un Trouble de l'humeur.

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 de l'Agoraphobie diffèrent de façon marquée des critères du DSM-IV. Les critères de la CIM-10 stipulent que doit exister la peur ou l'évitement d'au moins deux des situations suivantes : les foules, les endroits publics, les déplacements sans être accompagné, les déplacements en dehors du domicile. De plus, la CIM-10 exige qu'au moins deux des symptômes anxieux (au sein d'une liste de 14 symptômes de panique) soient présents de façon simultanée en au moins une occasion et que ces symptômes anxieux « surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations ».

Critères diagnostiques du F41.0x [300.01] Trouble panique sans Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 496)
(2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
(c) changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Absence d'Agoraphobie (voir p. 497)

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 496)
(2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie** *(suite)*

(c) changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Présence d'Agoraphobie (voir p. 497).

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) Ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., kirs de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress *sévère)* ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex.. en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches>.

F40.00 1300.22] Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique sont identiques à celles du Trouble panique avec Agoraphobie mis à part le fait que l'objet de la peur est centré sur la survenue de symptômes incapacitants ou extrêmement gênants de type panique ou d'attaques pauci-symptomatiques plutôt que sur celle d'Attaques de panique complètes. Les sujets ayant ce trouble ont une Agoraphobie (voir p. 497) (Critère A). Les « symptômes de type panique » comprennent n'importe lequel des treize symptômes répertoriés clans l'Attaque de panique (voir p. 494) ou d'autres symptômes qui peuvent être incapacitants ou gênants (p. ex., perte du contrôle vésical, vomissements en public). Par exemple, un individu peut être effrayé à l'idée d'avoir des céphalées sévères ou des symptômes cardiaques et ne pas pouvoir avoir de l'aide.

Pour répondre au diagnostic d'Agoraphobie, les critères complets du Trouble panique ne doivent jamais avoir été remplis (Critère B) et les symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère C). Si une affection médicale générale associée est présente (p. ex., une affection cardiaque), la

peur de ressentir une incapacité ou d'être gêné par suite du développement des symptômes (p. ex., s'évanouir) est nettement excessive par rapport à celle habituellement associée à cette affection (Critère D). Quand un diagnostic d'Agoraphobie sans Trouble panique est fait, on doit s'assurer que l'évitement est caractéristique de l'Agoraphobie et qu'il ne peut pas être mieux expliqué par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Phobie spécifique ou Phobie sociale) ou par un trouble de l'Axe II (p. ex., Trouble de la personnalité évitante).

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Certains groupes culturels ou ethniques limitent la participation des femmes à la vie publique et cela doit être distingué de l'Agoraphobie. Ce trouble est diagnostiqué beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Prévalence

Dans les services cliniques, presque tous les individus (plus de 95 %) qui présentent une Agoraphobie ont également un diagnostic actuel (ou des antécédents) de Trouble panique. Par opposition, dans les échantillons épidémiologiques la prévalence de l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique a été retrouvée plus élevée que celle du Trouble panique avec Agoraphobie. Toutefois, des problèmes liés à l'évaluation semblent avoir augmenté les taux décrits dans les études épidémiologiques. Récemment, des sujets qui avaient reçu un diagnostic d'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique dans une étude épidémiologique, ont été réévalués par des cliniciens utilisant des inventaires d'entretiens standardisés. La majorité d'entre eux avaient des Phobies spécifiques et non une Agoraphobie.

Évolution

Relativement peu de choses sont connues concernant l'évolution de l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique. Des données anecdotiques suggèrent la persistance de certains cas durant des années et leur association avec une gêne considérable.

Diagnostic différentiel

L'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique se distingue du **Trouble panique avec Agoraphobie** par l'absence d'antécédent d'Attaques de panique inattendues et récurrentes. L'évitement dans l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique résulte de la peur d'une incapacité ou d'une humiliation due à des symptômes de type panique non prévisibles et soudains, plutôt que de la peur d'une Attaque de panique complète comme dans le Trouble panique avec Agoraphobie. Le diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie demeure approprié dans les cas où les Attaques de panique évoluent vers la rémission alors que l'Agoraphobie persiste.

D'autres causes d'évitement doivent également être distinguées de l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique. Dans la **Phobie sociale,** les sujets évitent les situations sociales ou de performance clans lesquelles ils redoutent d'agir d'une manière qui serait humiliante ou gênante. Dans la **Phobie spécifique,** le sujet évite un objet

ou une situation spécifique redoutée. Dans le **Trouble dépressif majeur,** le sujet peut éviter de quitter son domicile du fait d'une apathie, d'une perte d'énergie et d'une anhédonie. Les peurs persécutives (comme clans le **Trouble délirant)** et les peurs de la contamination (comme clans le **Trouble obsessionnel-compulsif)** peuvent également conduire à un évitement étendu. Dans l'**Anxiété de séparation (Trouble),** les enfants évitent les situations qui les conduisent loin de chez eux ou de leurs proches.

Les sujets ayant certaines affections médicales générales peuvent éviter les situations en raison de **craintes réalistes** concernant le fait d'être clans une situation d'incapacité (p. ex., s'évanouir pour un individu qui présente des attaques ischémiques transitoires) ou être gêné (p. ex., diarrhée pour un individu qui a une maladie de Crohn). Le diagnostic d'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique ne doit être fait que si la peur ou l'évitement est nettement excessif par rapport à ce qui est habituellement observé dans l'affection médicale générale.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 de l'agoraphobie sont nettement différents de ceux du DSM-IV. Les critères de la CIM-10 stipulent que doit exister la peur ou l'évitement d'au moins deux des situations suivantes : la foule, les endroits publics, les déplacements sans être accompagné, les déplacements en dehors du domicile. De plus, la CIM-10 exige qu'au moins deux des symptômes anxieux (au sein d'une liste de 14 symptômes de panique) soient présents de façon simultanée en au moins une occasion et que ces symptômes anxieux « surviennent exclusivement ou prédominent clans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations ».

Critères diagnostiques de F40.00 [300.221 L'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique

A. Présence d'Agoraphobie (voir p. 497) liée à la peur de développer des symptômes de type panique (p. ex., vertiges ou diarrhée).

B. N'a jamais satisfait aux critères du Trouble panique (voir p. 498).

C. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Si une affection médicale générale associée est présente, la peur décrite dans le critère A est manifestement excessive par rapport à celle habituellement associée à cette affection.

F40.2 1300.291 Phobie spécifique (*auparavant* phobie simple)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Phobie spécifique est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrits (Critère A). L'exposition au stimulus phobogène provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate (Critère B). Cette réponse peut prendre la forme d'une Attaque de panique situationnellement liée ou facilitée par les situations (voir p. 494). Bien que les adolescents et les adultes ayant ce trouble reconnaissent que leur peur est excessive ou irraisonnable (Critère C), cela peut ne pas être le cas chez les enfants. Le plus souvent, le stimulus phobogène est évité bien que parfois le sujet ait à l'endurer avec une grande souffrance (Critère D). Le diagnostic est approprié uniquement si l'évitement, la peur ou l'anticipation anxieuse (l'être confronté au stimulus phobogène interfère de manière significative avec les habitudes quotidiennes du sujet, son fonctionnement professionnel, ou sa vie sociale, ou si la personne souffre de manière marquée (l'avoir la phobie (Critère E). Chez les sujets de moins de 18 ans, les symptômes doivent avoir persisté durant au moins six mois avant qu'un diagnostic de Phobie spécifique soit porté (Critère F). Un autre trouble mental (p. ex., Trouble obsessionnel-compulsif, État de stress post-traumatique, Anxiété de séparation, Phobie sociale, Trouble panique avec Agoraphobie ou Agoraphobie avec antécédent de Trouble panique) ne rend pas mieux compte de l'anxiété, des Attaques de panique ou de l'évitement phobique (Critère G).

Le sujet ressent une peur marquée, persistante et excessive ou irraisonnable en présence ou dans l'anticipation d'une confrontation à un objet ou une situation spécifique. La peur peut être centrée sur l'anticipation (l'un danger lié à un aspect particulier de l'objet ou de la situation (p. ex., un sujet peut avoir peur des voyages aériens à cause d'une crainte d'un accident, peur des chiens par crainte d'être mordu ou peur de conduire une voiture par crainte d'être heurté par (l'autres véhicules sur la route). Les Phobies spécifiques peuvent également inclure des craintes concernant le fait de perdre le contrôle de soi, de paniquer, d'avoir des manifestations physiques (l'anxiété et de peur (telles qu'une augmentation de la fréquence cardiaque ou une sensation de souffle coupé) et de s'évanouir lors de l'exposition à l'objet redouté. Par exemple, les sujets avant peur du sang et des blessures peuvent également être préoccupés par la possibilité de s'évanouir ; ceux ayant peur des hauteurs peuvent également être préoccupés par le fait d'être pris de vertiges et ceux ayant peur des endroits clos peuvent également être préoccupés par l'idée de perdre leur contrôle et de crier. Ces préoccupations peuvent être particulièrement importantes dans la Phobie spécifique de type situationnel.

L'anxiété est de manière presque invariable ressentie immédiatement lors de la confrontation aux stimulus phobogène (p. ex., une personne ayant une Phobie spécifique des chats aura presque invariablement une réponse anxieuse immédiate lorsqu'elle est obligée de se confronter à un chat). Le niveau d'anxiété Ou de peur varie habituellement en fonction à la fois avec le degré de proximité du stimulus phobogène (p. ex., la peur s'intensifie au fur et à mesure que le chat se rapproche et diminue lorsque le chat s'éloigne) et avec la limitation pour échapper au stimulus phobogène (p. ex., la peur s'intensifie lorsque l'ascenseur est sur le point d'être à égale distance entre les étages

et diminue lorsque les portes s'ouvrent à l'étage suivant). Cependant, l'intensité de la peur n'est pas toujours liée de manière prévisible au stimulus phobogène (p. ex., une personne effrayée par les hauteurs peut éprouver différents degrés d'inquiétude lorsqu'elle traverse le même pont en différentes occasions). Parfois, des Attaques de panique caractérisées sont éprouvées en réponse au stimulus phobogène, en particulier lorsque le sujet doit demeurer dans la situation ou pense que le fait de s'échapper sera impossible. De manière occasionnelle, les Attaques de panique sont retardées et ne surviennent pas immédiatement à la suite de la confrontation au stimulus phobogène. Ceci arrive plus fréquemment dans la Phobie spécifique de type situationnel. Dans la mesure où une anxiété anticipatoire marquée survient si la personne est amenée à affronter la situation phobogène, de telles situations sont habituellement évitées. De façon moins courante, la personne peut se forcer à supporter la situation phobogène mais celle-ci est alors vécue avec une anxiété intense.

Les adultes ayant ce trouble reconnaissent que la phobie est excessive ou irraisonnable. Chez un individu qui évite un ascenseur du fait de la conviction que celui- ci a été saboté et qui ne reconnaît pas que cette peur est excessive ou irraisonnable, le diagnostic serait celui de Trouble délirant au lieu de Phobie spécifique. De plus, le diagnostic ne doit pas être fait si la peur est raisonnable compte tenu du contexte des stimulus (p. ex., peur d'être tué dans un terrain de chasse ou dans un voisinage dangereux). La conscience de la nature excessive ou irraisonnable de la peur tend à augmenter avec l'âge et n'est pas nécessaire pour faire le diagnostic chez les enfants.

Les peurs de situations ou d'objets circonscrits sont très communes, particulièrement chez les enfants, mais dans de nombreux cas le degré de gêne n'est pas suffisant pour justifier un diagnostic. Si la phobie n'interfère pas de manière significative avec le fonctionnement du sujet ou ne cause pas une souffrance marquée, le diagnostic n'est pas fait. Par exemple, une personne qui est effrayée par des serpents au point d'éprouver une peur intense en présence de serpents ne recevra pas un diagnostic de Phobie spécifique si elle vit dans une zone dépourvue de serpents, si elle n'est pas limitée dans ses activités par la peur des serpents et si elle n'a pas de souffrance liée à la peur des serpents.

Sous-types

Les sous-types suivants peuvent être spécifiés pour indiquer l'objet de la peur ou de l'évitement dans la Phobie spécifique (p. ex., Phobie spécifique, type animal).

Type animal : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par les animaux ou les insectes. Ce sous-type a généralement un début dans l'enfance.

Type environnement naturel : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par des éléments de l'environnement naturel tels les orages, les hauteurs ou l'eau. Ce sous-type a généralement un début dans l'enfance.

Type sang — injection — accident : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par le fait (le voir du sang ou un accident ou d'avoir une injection ou toute autre procédure médicale invasive. Ce sous-type est hautement familial et est souvent caractérisé par une réponse vaso-vagale intense.

Type situationnel : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par une situation spécifique tels les transports publics, les tunnels, les ponts, les ascenseurs, les voyages aériens, le fait de conduire une voiture ou les endroits clos. Ce sous-type a une distribution bimodale d'âge de début avec un pic dans

l'enfance et un autre pic entre 20 et 30 ans. Ce sous-type semble être identique au Trouble panique avec Agoraphobie en ce qui concerne sa répartition selon le sexe, ses modalités d'agrégation familiale et son âge de début caractéristiques.

Autre type : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par d'autres stimulus. Ces stimulus peuvent comprendre la peur de s'étouffer, de vomir ou de contracter une maladie ; la « phobie de l'espace » (c.-à-d. le sujet craint de tomber s'il est loin de murs ou d'autres moyens de support physique) et les peurs qu'ont les enfants concernant les bruits forts ou les personnages déguisés.

La fréquence de ces sous-types dans les services cliniques d'adultes, du plus fréquent au moins fréquent, sont les types : situationnels, environnement naturel, sang, — injection, — blessure et animaux. Les études en population générale montrent une tendance légèrement différente : les phobies des hauteurs, des araignées, des souris et des insectes étant les plus fréquentes et les phobies des autres animaux et des autres éléments (le l'environnement naturel, tels que les orages, le tonnerre et la foudre étant les moins fréquentes. Les phobies des situations dans lesquelles on est enfermé (une Phobie de type situationnel) peuvent être plus fréquentes chez les sujets âgés. Dans de nombreux cas, plus d'un sous-type de Phobie spécifique est présent. Le fait d'avoir une phobie d'un sous-type spécifique tend à augmenter la probabilité d'avoir une autre phobie soit du même sous-type (p. ex., peur des chats *et* des serpents). Lorsque plus d'un sous-type est applicable, ils doivent être tous notés (p. ex., Phobie spécifique, de types animal et environnement naturel).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. La Phobie spécifique peut entraîner une limitation du mode (le vie ou une interférence avec certaines occupations en fonction du type de phobie. Par exemple, une promotion professionnelle peut être compromise du fait de l'évitement des voyages aériens et des activités sociales peuvent être limitées par peur des endroits encombrés ou clos. Les Phobies spécifiques surviennent fréquemment de façon concomitante avec d'autres Troubles anxieux, Troubles de l'humeur et Troubles liés à l'utilisation d'une substance. Par exemple, en population générale, les taux de co-occurrence avec les autres troubles sont de 90 à 80 % et ces taux peuvent être supérieurs chez les sujets ayant des Phobies spécifiques à début précoce. En population clinique, la comorbidité entre les Phobies spécifiques et les autres troubles est très fréquente. Toutefois, les Phobies spécifiques sont rarement au centre (lu tableau clinique. La Phobie spécifique est habituellement associée avec moins de souffrance ou moins d'interférence sur le plan du fonctionnement que le diagnostic principal comorbide. En général, 12 à 30 % seulement des sujets ayant une Phobie spécifique cherchent de l'aide auprès de professionnels de la santé. En l'absence d'autres diagnostics, la recherche d'aide auprès de professionnels de la santé est plus probable pour les phobies associées à une plus grande interférence sur le plan fonctionnel (p. ex., phobies (l'objets ou de situations qui sont fréquemment rencontrées), les phobies multiples et les Attaques de panique dans le contexte phobique. En revanche, les sujets ayant des peurs irrationnelles du sang, des accidents, des gestes médicaux et des lieux de soins peuvent être moins susceptibles de chercher de l'aide pour leurs phobies.

Examens complémentaires et affections médicales générales associées. Une réponse vaso-vagale avec évanouissement est caractéristique de la Phobie spécifique de type sang — injection — accident ; environ 75 % de ces sujets rapportent un antécédent d'évanouissement dans ces situations. La réponse physiologique est caractérisée par une accélération initiale brève de la fréquence cardiaque et une augmentation de la pression artérielle suivie par une décélération de celle-ci et une chute de la pression artérielle qui contraste avec l'accélération de la fréquence cardiaque et l'augmentation de la pression artérielle, habituelles dans les autres Phobies spécifiques. Certaines affections médicales générales peuvent être exacerbées à la suite d'un évitement phobique. Par exemple, des Phobies spécifiques, rie type sang — injection — accident, peuvent avoir des effets délétères sur la santé dentaire ou physique car le sujet peut éviter d'avoir recours aux soins médicaux nécessaires. De manière similaire, ries peurs d'étouffement peuvent avoir un effet délétère sur la santé lorsque l'alimentation est limitée aux substances qui sont faciles à avaler ou lorsque un traitement médicamenteux par voie orale est évité.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Le contenu des phobies ainsi que leur prévalence varient avec la culture et le groupe ethnique. Par exemple, des peurs de la magie ou des esprits sont présentes dans de nombreuses cultures. Elles doivent être considérées comme une Phobie spécifique uniquement si la peur est excessive dans le contexte de cette culture et entraîne une gêne ou une souffrance significative. Les phobies spécifiques sont peut-être plus fréquentes dans les couches socio-économiques inférieures mais les données sont incertaines.

Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement. Les enfants ne reconnaissent souvent pas que les peurs sont excessives ou irraisonnables et rapportent rarement une souffrance liée au fait d'avoir des phobies. Les peurs des animaux et d'autres éléments de l'environnement naturel sont particulièrement communes et sont habituellement transitoires durant l'enfance. Un diagnostic de Phobie spécifique n'est pas requis sauf si les peurs entraînent une gêne cliniquement significative (p. ex., ne pas vouloir aller à l'école, peur de rencontrer un chien dans la rue).

Globalement, le ratio femme/homme ayant des Phobies spécifiques est de l'ordre de 2/1, même chez les personnes âgées. Toutefois, la répartition selon le sexe varie selon les différents types de Phobies spécifiques. Environ 75 à 90 % des sujets avec les sous-types animal et environnement naturel sont des femmes (sauf pour la peur des hauteurs où le pourcentage rie femmes est de 55 à 70 %). De manière similaire, environ 75 à 90 % des sujets avec une phobie de type situationnel sont des femmes. Environ 55 à 70 % des sujets avec une phobie de type sang injection accident sont des femmes.

Prévalence

Bien que les phobies soient communes dans la population générale, elles entraînent rarement une gêne ou une souffrance suffisante pour justifier un diagnostic de Phobie spécifique. La prévalence rapportée peut varier en fonction du seuil utilisé pour déterminer la gêne ou la souffrance et le nombre de types de phobies envisagés. Dans les échantillons de la population générale, le taux de prévalence ponctuelle va de 4 à 8,8 %

et les taux de prévalence vie entière vont de 7,2 à 11,3 (X,. Les taux de prévalence diminuent chez les personnes âgées. De même, les estimations de prévalence varient en fonction du type de Phobies spécifiques.

Évolution

Les premiers symptômes (le Phobie spécifique apparaissent habituellement pendant l'enfance ou au début de l'adolescence et peuvent survenir plus précocement chez les femmes que chez les hommes. L'âge moyen de début varie selon le type de Phobie spécifique. L'âge de début pour la Phobie spécifique de type situationnel tend à avoir une distribution bimodale, avec un pic dans l'enfance et un autre au milieu de la troisième décade. Les Phobies spécifiques, de type environnement naturel (p. ex., phobie des hauteurs), tendent à débuter essentiellement durant l'enfance bien que de nombreux nouveaux cas de phobie des hauteurs se développent chez l'adulte jeune. Les âges de début des Phobies spécifiques de type animal, et des Phobies spécifiques de type sang injection — accident, se situent également habituellement dans l'enfance. La peur d'un stimulus est habituellement présente pendant un certain temps avant d'engainer une gêne ou une souffrance suffisamment importante pour être considérée comme une Phobie spécifique.

Les facteurs prédisposants au début des Phobies spécifiques incluent des événements traumatiques (tel le fait d'être attaqué par un animal ou enfermé dans un placard), des attaques de panique inattendues dans la situation qui va être redoutée, l'observation d'autres personnes subissant un traumatisme ou manifestant une crainte (tel le fait d'observer d'autres sujets chuter d'une hauteur ou d'être effrayé en présence de certains animaux) ainsi que certaines transmissions d'informations (p. ex., des mises en garde parentales répétées concernant les dangers de certains animaux ou la couverture médiatique des accidents d'avion). Les situations ou les objets redoutés ont tendance à comporter des éléments qui peuvent effectivement représenter une menace ou ont représenté une menace, à un certain moment de l'évolution de l'humanité. Les phobies qui résultent d'événements traumatiques ou d'Attaques de panique inattendues ont tendance à avoir un développement particulièrement aigu. Les phobies d'origine traumatique n'ont pas un âge de début caractéristique (p. ex., la peur d'étouffer qui suit habituellement un incident avec sensation d'étouffement ou proche de l'étouffement peut se développer presque à n'importe quel âge). Les Phobies spécifiques de l'adolescence augmentent les probabilités de la persistance de la Phobie spécifique ou bien du développement de phobies spécifiques supplémentaires à l'âge d'adulte jeune mais elles ne sont pas prédictives du développement d'autres troubles. Pour les phobies qui persistent durant la vie adulte, les rémissions sont très peu fréquentes (environ 20 % des cas).

Aspects familiaux

Le risque de Phobies spécifiques est plus grand chez les membres de famille de sujets présentant des Phobies spécifiques. De même, il existe des données suggérant la possibilité de l'existence d'une agrégation par type de phobie au sein des familles (p. ex., les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant des Phobies spécifiques de type animal ont plus souvent des phobies des animaux, mais ne concernant pas nécessairement le même animal et les apparentés biologiques de premier degré de per-

sonnes ayant des Phobies spécifiques de type situationnel ont plus de risque d'avoir des phobies de situation). Les peurs du sang et des accidents ont un fort caractère familial.

Diagnostic différentiel

Les Phobies spécifiques diffèrent de la plupart des autres Troubles anxieux quant à l'anxiété intercurrente. De manière typique, les sujets ayant une Phobie spécifique, à la différence de ceux ayant un **Trouble panique avec Agoraphobie,** ne présentent pas une anxiété envahissante car leur peur est limitée à des objets ou des situations spécifiques et circonscrites, Cependant, une anticipation anxieuse généralisée peut survenir clans certaines conditions dans lesquelles le fait d'affronter le stimulus phobogène devient plus probable (p. ex., lorsqu'une personne qui a peur des serpents doit se rendre clans une zone désertique) ou lorsque les événements de la vie obligent à une confrontation immédiate avec le stimulus phobogène (p. ex., lorsqu'une personne qui redoute de prendre l'avion est obligée par les circonstances de prendre un avion).

La différenciation entre une Phobie spécifique de type situationnel, et un Trouble panique avec Agoraphobie peut être particulièrement difficile car les cieux troubles peuvent comporter des Attaques de panique et un évitement de situations de même type (p. ex., conduire une voiture, prendre l'avion, aller dans les transports publics et les endroits clos). De manière prototypique, le Trouble panique avec Agoraphobie est caractérisé par un début fait initialement d'Attaques de panique inattendues et un évitement consécutif de multiples situations supposées être des situations déclenchantes probables pour les Attaques de panique. De manière prototypique, la Phobie spécifique de type situationnel est caractérisée par un évitement situationnel en l'absence d'Attaques de panique récurrentes et inattendues. Certaines présentations cliniques se situent entre ces deux prototypes et c'est le jugement clinique qui détermine le diagnostic le plus approprié. Quatre éléments peuvent être utiles pour juger du diagnostic : l'objet de la peur, le type et le nombre d'Attaques de panique, le nombre de situations évitées, et le niveau d'anxiété intercurrente. Par exemple, un sujet qui n'a pas auparavant eu peur ou évité les ascenseurs a une Attaque de panique dans un ascenseur et commence à redouter d'aller au travail car il doit prendre un ascenseur pour se rendre à son bureau situé au vingt-quatrième étage. Si cet individu, par la suite, a des Attaques de panique uniquement dans les ascenseurs (même si l'objet de la peur est centré sur l'Attaque de panique), alors un diagnostic de Phobie spécifique peut être approprié. En revanche, si le sujet présente des Attaques de panique inattendues clans d'autres situations et commence à éviter ou à supporter avec crainte d'autres situations par peur d'une Attaque de panique, alors un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie sera justifié. De plus, la présence d'une appréhension considérable liée au fait d'avoir une Attaque de panique alors même qu'il n'y a pas d'anticipation de l'exposition à une situation phobogène est également en faveur d'un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie. Si le sujet a des Attaques de panique inattendues supplémentaires dans d'autres situations mais sans qu'un évitement ou le fait de supporter avec crainte ne se développe de manière additionnelle, alors le diagnostic approprié sera celui de Trouble panique sans Agoraphobie.

Des diagnostics concomitants de Phobie spécifique et de Trouble panique avec Agoraphobie sont parfois justifiés. Dans ces cas, il peut être utile de prendre en compte l'objet de la crainte du sujet concernant la situation phobogène. Par exemple, éviter de

se retrouver seul par crainte d'avoir des Attaques de panique inattendues justifie un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie (si les autres critères sont remplis), alors qu'un évitement phobique supplémentaire des voyages aériens, s'il est dû à des soucis concernant les mauvaises conditions climatiques et à la crainte d'avoir un accident, peut justifier un diagnostic additionnel de Phobie spécifique.

La Phobie spécifique et la **Phobie sociale** peuvent être différenciées en fonction de l'objet des peurs. Par exemple, éviter de manger dans un restaurant peut reposer sur la crainte d'une évaluation négative de la part des autres (c.-à-d. Phobie sociale) ou la crainte d'étouffer (c.-à-d. Phobie spécifique). Par rapport à l'évitement de la Phobie spécifique, l'évitement de **l'État de stress post-traumatique** succède à un facteur de stress menaçant la vie et s'accompagne de caractéristiques supplémentaires (p. ex., revivre le traumatisme et une restriction des affects). Dans le **Trouble obsessionnel-compulsif,** l'évitement est lié au contenu de l'obsession (p. ex., saleté, contamination). Chez les sujets ayant une **Anxiété de séparation,** on ne porte pas un diagnostic de Phobie spécifique si le comportement d'évitement est exclusivement limité aux peurs de la séparation des personnes auxquelles l'individu est attaché. Par ailleurs, les enfants ayant une Anxiété de séparation ont souvent des peurs exagérées de gens ou d'événements (p. ex., des agresseurs, des cambrioleurs, des kidnappeurs, des accidents de voiture, des voyages aériens) qui peuvent menacer l'intégrité de la famille. Un diagnostic séparé de Phobie spécifique sera rarement justifié.

La différenciation entre **l'Hypocondrie** et une Phobie spécifique : autre type (c.-à-d. évitement de situations qui pourraient conduire au fait de contracter une maladie), dépend de la présence ou de l'absence de la conviction d'être malade. Les sujets ayant une Hypocondrie sont préoccupés par la crainte d'avoir une maladie alors que les sujets ayant une Phobie spécifique ont peur de contracter une maladie (mais ils ne croient pas qu'elle soit déjà présente). Chez les sujets ayant une **Anorexie mentale** et une **Boulimie** (Bulimia nervosa), on ne porte pas le diagnostic de Phobie spécifique si le comportement d'évitement est exclusivement limité à l'évitement de la nourriture et des éléments liés à la nourriture. Un sujet ayant une **Schizophrénie** ou un **autre Trouble psychotique** peut éviter certaines activités en réponse aux idées délirantes mais ne reconnaît pas que la peur est excessive ou de irraisonnable.

Les peurs sont très communes, particulièrement durant l'enfance mais ne justifient pas un diagnostic de Phobie spécifique sauf s'il existe une interférence significative avec les activités sociales, éducatives ou professionnelles, ou un sentiment de souffrance importante lié à la phobie.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une Phobie spécifique requièrent l'existence de symptômes anxieux neuro-végétatifs et stipulent qu'au moins deux symptômes anxieux (au sein de la même liste de 14 symptômes envisagés pour une attaque de panique) soient présents de façon simultanée. De plus, la CIM-10 spécifie que les symptômes anxieux « surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations ».

Critères diagnostiques de la F40.2 1300.291 Phobie spécifique

A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (p. ex., prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).

B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation. **N.-B. :** Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel *de* la peur. **N.-B. :** Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.

D. La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.

G. L'anxiété, les Attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère), un Trouble anxiété de séparation (p. ex., évitement scolaire), une Phobie sociale (p. ex., évitement des situations sociales par peur d'être embarrassé), un Trouble panique avec agoraphobie ou une Agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

Spécifier le type :

Type animal
Type environnement naturel (p. ex., hauteurs, tonnerre, eau)
Type sang-injection-accident
Type situationnel (p. ex., avions, ascenseurs, endroits clos)
Autre type (p.ex., peur de s'étouffer, de vomir ou de contracter une maladie ; chez les enfants, évitement des bruits forts ou des personnages costumés)

F40.1 [300.231 Phobie sociale (Trouble Anxiété sociale)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Phobie sociale est une peur marquée et persistante des situations sociales ou de performance dans lesquelles un sentiment de gêne peut survenir (Critère A). L'exposition à la situation sociale ou de performance provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate (Critère B). Cette réponse peut prendre la forme d'une Attaque de panique situationnellement liée ou favorisée par des situations (voir p. 495). Alors que les adolescents et les adultes ayant ce trouble reconnaissent le caractère excessif ou irraisonnable de leur peur (Critère C), cela peut ne pas être le cas chez les enfants. Le plus souvent, la situation sociale ou de performance est évitée bien qu'elle soit parfois vécue avec une souffrance intense (Critère D). Le diagnostic n'est justifié que si l'évitement, la peur ou l'anticipation anxieuse vis-à-vis de la situation sociale ou de performance interfère de manière significative avec les habitudes de l'individu, les activités professionnelles ou la vie sociale ou si le sujet ressent une souffrance marquée liée à la phobie (Critère E). Chez les sujets de moins de 18 ans, les symptômes doivent avoir persisté durant au moins six mois avant qu'un diagnostic de Phobie sociale soit porté (Critère F). La peur ou l'évitement n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Trouble panique, Anxiété de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement, Personnalité schizoïde) (Critère G). Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent (p. ex., Bégaiement, Maladie de Parkinson, Anorexie mentale), la peur ou l'évitement n'est pas limité à la crainte de leur impact social (Critère H).

Dans les situations sociales ou de performance redoutées, les sujets ayant une Phobie sociale sont préoccupés par leur gêne et craignent qu'autrui ne les juge comme anxieux, faibles, « fous » ou stupides. Ils peuvent avoir peur de parler en public par crainte que les autres ne remarquent que leurs mains ou leur voix tremblent ou bien en raison de l'anxiété extrême à l'idée de passer pour quelqu'un incapable de s'exprimer dans une conversation. Ils peuvent éviter de manger, de boire ou d'écrire en public par crainte que les autres ne voient leurs mains trembler. Les individus ayant une Phobie sociale éprouvent presque toujours des symptômes d'anxiété (p. ex., palpitations, tremblements, transpiration, gêne gastro-intestinale, diarrhée, tension musculaire, rougissement, confusion) clans la situation sociale redoutée et, dans les cas sévères, ces symptômes peuvent remplir les critères d'une Attaque de panique (voir p. 496). Le fait de rougir peut être plus typique de la Phobie sociale.

Les adultes ayant une Phobie sociale reconnaissent que leur peur est excessive ou irraisonnable, alors que cela n'est pas toujours le cas chez les enfants. Par exemple, chez un sujet évitant de manger en public par conviction d'être observé(e) par la police et ne reconnaissant pas que cette peur est excessive ou irraisonnable, le diagnostic serait Trouble délirant plutôt que Phobie sociale. De plus, le diagnostic ne doit pas être fait si la peur est raisonnable compte tenu du contexte des stimulus (p. ex., peur d'être appelé en classe lorsque l'on n'est pas préparé).

La personne ayant une Phobie sociale évitera habituellement les situations redoutées. Moins souvent, la personne se contraint à supporter la situation sociale ou de performance mais la vit avec une intense anxiété. Une anxiété anticipatoire marquée

peut également survenir bien longtemps avant la confrontation aux situations sociales ou publiques (p. ex., des préoccupations quotidiennes durant plusieurs semaines avant de participer à un événement social). 11 peut y avoir un cercle vicieux d'anticipation anxieuse conduisant à des cognitions de peur et des symptômes anxieux clans les situations redoutées qui conduisent à une mauvaise performance effective ou perçue comme telle clans les situations redoutées, *ce* qui conduit à une gêne et à une augmentation de l'anxiété anticipatoire par rapport aux situations redoutées et ainsi de suite.

La peur ou l'évitement doit interférer de manière significative avec les habitudes du sujet, ses activités professionnelles ou scolaires ou ses activités sociales ou relationnelles ou bien le sujet doit ressentir une souffrance marquée à l'idée d'avoir la phobie. Par exemple, un sujet qui a peur de parler en public ne recevra pas un diagnostic de Phobie sociale s'il n'est pas confronté à cette activité de manière habituelle au niveau de son travail ou dans une classe et qu'il ne souffre pas particulièrement de cette phobie. Les peurs d'être gêné dans les situations sociales sont communes mais habituellement le degré de souffrance ou de gène est insuffisant pour justifier un diagnostic de Phobie sociale. Une anxiété ou un évitement social transitoire est particulièrement commun dans l'enfance et l'adolescence (p. ex., une jeune fille adolescente peut éviter de manger face à des garçons pendant une courte période, puis reprendre son comportement habituel). Chez les jeunes de moins de 18 ans, seuls les symptômes qui persistent durant au moins six mois peuvent être pris en compte pour le diagnostic de Phobie sociale.

Spécification

Généralisée. Cette spécification peut être utilisée lorsque les peurs sont associées à la plupart des situations sociales (p. ex., démarrer ou soutenir des conversations, participer à de petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité, se rendre à des soirées). Les sujets ayant une Phobie sociale généralisée ont habituellement peur à la fois des situations de performance en public et des situations d'interactions sociales. Dans la mesure où les sujets ayant une Phobie sociale ne mentionnent souvent pas spontanément la totalité de leurs peurs sociales, il est utile que le clinicien passe en revue une liste de situations sociales et de performance avec le sujet. Les sujets dont les caractéristiques cliniques ne satisfont pas à la définition du type généralisé (parfois désignés dans la littérature comme non généralisé, limité, ou spécifique) constituent un groupe hétérogène qui comprend des personnes qui ont peur d'une situation unique de performance aussi bien que ceux qui ont peur de plusieurs — mais pas de toutes les situations sociales. Les sujets ayant une Phobie sociale généralisée peuvent plus fréquemment présenter des déficits dans le domaine des compétences sociales et avoir également une altération sociale et professionnelle sévère.

Caractéristiques et troubles associés.

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les caractéristiques habituellement associées à la Phobie sociale comprennent une hypersensibilité à la critique, à une évaluation négative ou au rejet, une difficulté à manifester de l'assurance et une faible estime de soi ou des sentiments (l'infériorité. Les sujets ayant une Phobie sociale

craignent également souvent une évaluation indirecte par les autres tel que passer un examen. Ils peuvent manifester de mauvaises compétences sociales (p. ex., un mauvais contact visuel), ou des signes observables d'anxiété (p. ex., des mains froides et humides, des tremblements et la voix mal assurée). Souvent, les sujets avant une Phobie sociale n'obtiennent pas des résultats scolaires conformes à leurs capacités en raison d'une anxiété liée aux examens ou à cause de leur évitement à participer en classe. Ils peuvent ne pas obtenir des résultats en rapport avec leurs possibilités dans leur travail du fait d'une anxiété ou d'un évitement lorsqu'ils doivent parler dans un groupe, en public, ou aux figures d'autorité et aux collègues. Les personnes ayant une Phobie sociale ont souvent des réseaux de soutien social réduits, ils sont moins enclins à se marier. Dans les cas les plus sévères, les sujets peuvent abandonner leurs études, être sans emploi et ne pas chercher de travail du fait de difficultés lors des entretiens d'embauche, être sans amis ou bien se raccrocher à des relations peu satisfaisantes, s'abstenir complètement de sortir avec une fille (garçon) ou rester dans leur famille d'origine. Par ailleurs, la Phobie sociale peut être associée à une idéation suicidaire, particulièrement quand des diagnostics comorbides sont présents.

La Phobie sociale peut être associée à d'autres Troubles anxieux, aux Troubles de l'humeur, aux Troubles liés à une substance et à la Boulimie et précède habituellement ces troubles. Dans les populations cliniques, les sujets ayant une Phobie sociale généralisée présentent souvent une Personnalité évitante.

Examens complémentaires. Pour l'instant, il n'existe pas d'examen complémentaire permettant de faire le diagnostic de Phobie sociale ni suffisamment d'éléments justifiant l'utilisation d'examens complémentaires (p. ex., perfusion de lactate, inhalation de CO,) permettant de différencier la Phobie sociale des autres Troubles anxieux (p. ex., Trouble panique).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La présentation clinique et la gêne qui en résulte peuvent différer selon les cultures en fonction des exigences sociales. Dans certaines cultures (p. ex., Japon et Corée), les sujets ayant une Phobie sociale peuvent développer des peurs persistantes et excessives d'offenser les autres dans les situations sociales plutôt que la peur d'être gênés. Ces peurs peuvent prendre la forme d'une crainte extrême que le fait de rougir, de regarder quelqu'un dans les yeux, ou que sa propre odeur corporelle soit une offense pour les autres (*taijin kyofusho* au Japon).

Chez les enfants, le trouble peut s'accompagner de pleurs, d'accès de colère, de réactions de figement ou d'agrippement ou du fait de rester très proche d'une personne familière et d'interactions inhibées pouvant aller jusqu'au mutisme. Les jeunes enfants peuvent sembler excessivement timides dans les environnements sociaux non familiers, avoir des mouvements de recul dans les contacts avec les autres, refuser de participer à des jeux de groupe, demeurer typiquement à la périphérie des activités sociales et tenter de rester très proche des adultes familiers. A la différence des adultes, les enfants ayant une Phobie sociale n'ont pas habituellement la possibilité d'éviter les situations redoutées et peuvent être incapables d'identifier la nature de leur anxiété. Il peut exister une diminution des performances scolaires, un refus scolaire ou un évitement des activités sociales correspondant à l'âge du sujet et au fait de sortir avec une

fille (ou un garçon). Pour faire le diagnostic chez les enfants, des éléments doivent témoigner d'une capacité aux relations sociales avec les gens familiers et l'anxiété sociale doit survenir dans l'interaction avec ses pairs et non uniquement avec les adultes. Du fait du début précoce du trouble et de son évolution chronique, l'altération du fonctionnement chez les enfants tend à prendre la forme d'un échec à l'accession au niveau attendu de fonctionnement plutôt qu'une diminution par rapport à un niveau optimal de fonctionnement. Par comparaison, lorsque le début survient à l'adolescence, le trouble peut conduire à des diminutions des performances sociales et scolaires.

Les études épidémiologiques réalisées dans la population générale suggèrent que la Phobie sociale est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Dans la plupart des populations cliniques cependant, les sexes sont représentés de manière égale ou bien la majorité des sujets sont des hommes.

Prévalence

Les études épidémiologiques réalisées dans la population générale font état d'une prévalence sur la vie de la Phobie sociale variant de 3 à 13 %. La prévalence rapportée peut varier en fonction du seuil utilisé pour déterminer la souffrance ou la gêne et du nombre de types de situations sociales passées en revue de manière spécifique. Dans une étude, 20 % des sujets ont fait état d'une peur excessive de parler en public et d'une peur de performance en public, mais seuls environ 2 % semblaient ressentir suffisamment de gêne ou de souffrance pour justifier un diagnostic de Phobie sociale. Dans la population générale, la plupart des sujets ayant une Phobie sociale ont peur de parler en public alors qu'un peu moins de la moitié ont peur de parler à des inconnus ou de rencontrer de nouvelles personnes. D'autres peurs de performance (p. ex., manger, boire ou écrire en public ou utiliser des toilettes publiques) semblent être moins fréquentes. Dans les services cliniques, la grande majorité des personnes ayant une Phobie sociale ont peur de plus d'un type de situations sociales. La Phobie sociale constitue rarement le motif d'une hospitalisation. Dans les consultations ambulatoires, les taux de Phobie sociale vont de 10 à 20 % des sujets ayant des Troubles anxieux mais ces taux varient largement d'un endroit à l'autre.

Évolution

La Phobie sociale a typiquement un début entre 10 et 20 ans faisant parfois suite à une inhibition sociale ou une timidité de l'enfance. Certains sujets font état d'un début très tôt dans l'enfance. Le début peut suivre de manière abrupte une expérience stressante ou humiliante ou bien peut être insidieux. L'évolution de la Phobie sociale se fait souvent sur un mode continu. Elle dure fréquemment toute la vie bien que la sévérité du trouble puisse s'atténuer ou qu'il puisse y avoir une rémission au cours de la vie adulte. La sévérité de la gêne peut fluctuer en fonction des facteurs de stress et des exigences de la vie. Par exemple, la Phobie sociale peut diminuer après qu'une personne ayant peur des rendez-vous se marie et elle peut réapparaître après la mort du conjoint. Une promotion professionnelle à un poste nécessitant le fait de parler en public peut révéler une Phobie sociale chez quelqu'un qui, auparavant, n'avait jamais eu besoin de parler en public.

Aspects familiaux

La Phobie sociale semble survenir plus fréquemment parmi les apparentés biologiques de premier degré des sujets qui ont ce trouble que dans la population générale. Ceci est d'autant plus vrai dans la Phobie sociale généralisée.

Diagnostic différentiel

Les sujets ayant à la fois des Attaques de panique et un évitement social peuvent parfois poser un problème diagnostique difficile. De manière prototypique, le **Trouble panique avec Agoraphobie** est caractérisé par l'apparition initiale d'Attaques de panique inattendues et un évitement subséquent de nombreuses situations considérées comme probables facteurs déclenchants des Attaques de panique. Bien que, dans le Trouble panique, les situations sociales puissent être évitées par peur d'être vu durant une Attaque de panique, ce Trouble est caractérisé par des Attaques de panique récurrentes et inattendues, non limitées aux situations sociales. Le diagnostic de Phobie sociale n'est donc pas porté quand la seule peur sociale est celle d'être vu lors d'une Attaque de panique. De manière prototypique, la Phobie sociale est caractérisée par l'évitement de situations sociales en l'absence d'Attaques de panique récurrentes et inattendues. Quand les Attaques de panique surviennent, elles prennent la forme d'Attaques de panique liées aux situations ou favorisées par des situations (p. ex., une personne ayant une peur d'être gênée lorsqu'elle parle en public éprouve des Attaques de panique induites uniquement par le fait de parler en public ou par d'autres situations sociales). Certaines présentations cliniques se situent entre ces deux prototypes et c'est le jugement clinique qui détermine le diagnostic le plus approprié. Par exemple, un sujet qui n'a pas eu auparavant peur de parler en public a une Attaque de panique alors qu'il donne une conférence et commence à redouter de faire des exposés. Si ce sujet présente, par la suite, des Attaques de panique uniquement dans les situations de performance sociale (même si l'objet de la peur est centré sur l'Attaque de panique), alors un diagnostic de Phobie sociale peut être approprié. Si, cependant, le sujet continue à éprouver des Attaques de panique inattendues, un diagnostic de Trouble panique avec Agoraphobie sera justifié. Si les critères sont atteints à la fois pour la Phobie sociale et le Trouble panique, les deux diagnostics peuvent être portés. Par exemple, un sujet ayant une peur et un évitement de la plupart des situations sociales toute sa vie durant (Phobie sociale) développe ultérieurement des Attaques de panique dans des situations non sociales et une diversité de comportements d'évitement supplémentaires (Trouble panique avec Agoraphobie).

L'évitement des situations à cause de la peur d'une possible humiliation est au premier plan dans la Phobie sociale mais il peut parfois être observé dans le **Trouble panique avec Agoraphobie** et **l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique.** Les situations évitées dans la Phobie sociale sont limitées à celles comportant l'éventuelle observation attentive d'autrui. Les peurs clans l'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique comprennent typiquement des groupes caractéristiques de situations qui peuvent ou non correspondre à l'observation attentive d'autrui (p. ex., être seul loin de son domicile ou être seul chez soi ; être sur un pont ou dans un ascenseur ; voyager clans un bus, un train, une automobile ou un avion). Le rôle d'un compagnon peut également être utile pour distinguer la Phobie sociale de l'Agoraphobie (avec et sans Trouble panique). Typiquement, les sujets avec un évitement agoraphobique préfèrent être avec un compagnon de confiance lorsqu'ils sont dans la

situation redoutée alors que les sujets ayant une Phobie sociale, même s'ils peuvent avoir une anxiété anticipatoire importante n'ont, de façon habituelle, pas (l'Attaques de panique lorsqu'ils sont seuls. Une personne avant une Phobie sociale et ayant peur des magasins Où il y a foule se sentira observée qu'elle soit ou non accompagnée, et pourrait être même moins anxieuse sans la crainte supplémentaire (l'être l'objet d'observation de la part de l'accompagnateur.

Les enfants ayant une **Anxiété de séparation** peuvent éviter les situations sociales par crainte d'être séparé de la personne qui prend soin d'eux, par crainte d'avoir à partir prématurément pour retourner à la maison, ou par crainte (l'avoir besoin de la présence d'un parent alors que cela n'est pas approprié sur le plan développemental. lin diagnostic distinct (le Phobie sociale n'est généralement pas justifié. Les enfants ayant une Anxiété de séparation se sentent habituellement à l'aise dans les situations sociales dans leur propre domicile alors que ceux avant une Phobie sociale montrent des signes d'inconfort même quand les situations sociales redoutées se déroulent à leur domicile.

Bien que la peur d'être gêné ou humilié puisse être présente dans **l'Anxiété généralisée** ou **la Phobie spécifique** (p. ex., gêne à l'idée de s'évanouir lorsqu'on subit un prélèvement sanguin), cela n'est pas l'objet principal (le la peur ou de l'anxiété du sujet. Les enfants ayant une Anxiété généralisée ont des préoccupations excessives quant à la qualité (le leurs performances mais cela peut se produire même lorsqu'ils ne sont pas évalués par les autres alors que dans la Phobie sociale la possibilité d'être évalué par autrui est à l'origine de l'anxiété.

Dans le **Trouble envahissant du développement** et la **Personnalité schizoïde,** les situations sociales sont évitées à cause du manque (l'intérêt à communiquer avec d'autres sujets. Inversement, les sujets avant une Phobie *sociale* ont une capacité et un intérêt pour les communications sociales avec les gens familiers. En particulier, pour que (les enfants puissent recevoir un diagnostic de Phobie sociale, ils doivent avoir au moins une relation sociale appropriée pour leur âge avec quelqu'un en dehors de la famille proche (p. ex., un enfant se sent mal à l'aise dans les rencontres sociales avec ses pairs et évite (le telles situations mais éprouve un intérêt actif pour une relation avec un ami intime du même âge).

La **Personnalité évitante** partage un certain nombre (le caractéristiques avec la Phobie sociale, et semble largement superposable à la Phobie sociale généralisée. La Personnalité évitante peut être une variante plus sévère de la Phobie sociale généralisée qui n'est pas qualitativement distincte de ce trouble. Pour les sujets ayant une Phobie sociale généralisée, le diagnostic additionnel de Personnalité évitante doit être envisagé.

L'anxiété sociale et l'évitement (les situations sociales sont des **caractéristiques associées de nombreux autres troubles mentaux** (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Schizophrénie, Peur d'une dysmorphie corporelle). Si les symptômes d'anxiété sociale ou d'évitement surviennent uniquement durant l'évolution d'un autre trouble mental et si l'on estime que ce dernier explique mieux le trouble, on ne fait pas le diagnostic additionnel de Phobie sociale.

Certains sujets peuvent présenter une anxiété sociale cliniquement significative et un l'évitement du fait (l'une affection médicale générale ou d'un trouble mental ayant des symptômes potentiellement gênants (p. ex., tremblement dans la maladie de Parkinson, comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale, obésité, strabisme, ou cicatrices du visage). Cependant, si l'anxiété sociale et l'évitement sont limités à des préoccupations concernant l'affection médicale générale ou le trouble mental, par convention, on ne fait pas le diagnostic de Phobie sociale. Si l'évitement social est

cliniquement significatif, un diagnostic distinct de **Trouble anxieux non spécifié** peut être porté.

L'anxiété de performance, le **trac** et la **timidité** dans les situations sociales qui impliquent des gens non familiers sont habituelles et ne doivent pas être diagnostiquées en tant que Phobie sociale sauf si l'anxiété ou l'évitement conduit à une déficience cliniquement significative ou à une souffrance marquée. Les enfants présentent habituellement une anxiété sociale, en particulier lorsqu'ils dialoguent avec des adultes non familiers. Un diagnostic de Phobie sociale ne doit pas être fait chez les enfants sauf si l'anxiété sociale est également évidente avec leurs pairs et persiste durant au moins six mois.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une Phobie sociale requièrent l'existence de symptômes anxieux neuro-végétatifs et stipulent qu'au moins deux symptômes de l'anxiété (au sein de la liste des 14 symptômes d'Agoraphobie) soient présents de façon simultanée en au moins une occasion, avec au moins l'un des symptômes suivants : rougir ou trembler, peur de vomir et besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle. De plus, la CIM-10 spécifie que les symptômes anxieux « surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations ».

Critères diagnostiques de la F40.1 1300.231 Phobie sociale

A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. **N.-B. :** Chez les enfants, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
N.-B. : Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiers.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
N.-B. : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.

(suite)

☐ Critères diagnostiques de la F40.1 [300.231 Phobie sociale *(suite:)*

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p.ex., Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble anxiété de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement ou Personnalité schizoïde).

H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou la Boulimie (Bulimia nervosa).

Spécifier si :

Type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales (envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évitante).

F42.x [300.3] Trouble obsessionnel-compulsif

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble obsessionnel-compulsif sont des obsessions ou des compulsions récurrentes (Critère A) qui sont suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps (c.-à-d. elles prennent plus d'une heure par jour) ou un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative (Critère C). A un certain moment de l'évolution du trouble, la personne a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou déraisonnables (Critère B). Si un autre trouble de

l'Axe I est présent, le contenu des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce trouble (Critère D). La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale (Critère E).

Les *obsessions* sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. La qualité intrusive et inappropriée des obsessions a été souvent qualifiée « d'egodystonique ». Cela fait référence au sentiment du sujet concernant le contenu des obsessions, leur caractère étranger, hors de son propre contrôle et ne correspondant pas au type de pensées qu'il ou elle s'attendrait à avoir. Cependant, le sujet est capable de reconnaître que les obsessions sont le produit de son esprit et ne sont pas imposées de l'extérieur (comme dans l'insertion de la pensée).

Les obsessions les plus communes sont des pensées répétées de contamination (p. ex., être contaminé en serrant les mains), des doutes répétés (p. ex., se demander si l'on a fait une certaine action comme par exemple avoir blessé quelqu'un dans un accident de la route ou avoir laissé une porte non fermée), un besoin de mettre les choses dans un ordre particulier (p. ex., une souffrance intense quand les objets sont en désordre ou asymétriques), des impulsions agressives ou horribles (p. ex., blesser son enfant ou crier une obscénité à l'église) et des représentations sexuelles (p. ex., une image pornographique récurrente). Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas uniquement des préoccupations excessives liées aux problèmes de la vie réelle (p. ex., des préoccupations concernant des difficultés actuelles de la vie comme des problèmes financiers, professionnels, ou scolaires) et il est peu probable qu'elles soient en rapport avec un problème de la vie réelle.

Le sujet ayant des obsessions tente habituellement d'ignorer ou de supprimer de telles pensées ou impulsions, ou de les neutraliser avec une autre pensée ou action (c.-à-d. une compulsion). Par exemple, un sujet tourmenté par le doute d'avoir bien éteint le four tente de neutraliser ce doute en vérifiant de manière répétée qu'il est bien éteint.

Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex., se laver les mains, ranger dans un certain ordre, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction. Dans la plupart des cas, le sujet se sent poussé à accomplir une compulsion pour réduire la souffrance qui accompagne telle obsession ou pour prévenir un événement ou une situation redoutée. Par exemple, les sujets ayant des obsessions de contamination peuvent diminuer leur souffrance mentale en se lavant les mains jusqu'à ce que leur peau soit à vif ; les sujets souffrant d'une obsession d'avoir laissé une porte non fermée peuvent être poussés à vérifier la serrure toutes les minutes ; les sujets souffrant de pensées blasphématoires non voulues peuvent trouver un soulagement en comptant jusqu'à 10 en arrière puis, en avant cent fois pour chaque pensée. Dans certains cas, les sujets accomplissent des actes de façon rigide ou stéréotypée selon des règles élaborées de manière idiosyncrasique sans être capables (l'indiquer pourquoi ils les accomplissent. Par définition, les compulsions sont clairement excessives ou ne sont pas en rapport de manière réaliste avec ce qu'elles étaient supposées neutraliser ou prévenir. Les compulsions les plus habituelles comprennent le lavage et le nettoyage, le fait de compter, de vérifier, d'exiger ou de demander des réassurances, de répéter des actions et de ranger selon un certain ordre.

Par définition, les adultes ayant un Trouble obsessionnel-compulsif ont à un certain moment reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou dérai-

sonnables. Cette nécessité ne s'applique pas aux enfants car ils peuvent manquer de la conscience cognitive nécessaire pour porter ce jugement. Cependant, même chez les adultes, il existe de grandes variations dans la prise de conscience du caractère déraisonnable des obsessions ou des compulsions. Certains sujets ne sont pas certains du caractère déraisonnable de leurs obsessions ou compulsions et la prise de conscience peut varier chez un même sujet en fonction du temps et des situations. Par exemple, la personne peut reconnaître qu'une compulsion de contamination est déraisonnable lorsqu'elle en discute en « situation de sécurité » (p. ex., dans le bureau du thérapeute), mais non lorsqu'elle est obligée de tenir dans sa main des pièces de monnaie. Lors des périodes où le sujet reconnaît que les obsessions ou les compulsions sont déraisonnables, il ou elle peut désirer ou tenter de leur résister. En essayant de résister à une compulsion, le sujet peut avoir le sentiment d'une augmentation de l'anxiété ou de la tension qui est souvent soulagée par le fait de céder à la compulsion. Lors de l'évolution des troubles, après des échecs répétés de résistance aux obsessions ou aux compulsions, le sujet peut se laisser aller à ces obsessions ou compulsions, ne plus ressentir le désir de leur résister, et intégrer les compulsions dans ses activités habituelles quotidiennes.

Les obsessions ou les compulsions peuvent entraîner une souffrance marquée, être à l'origine d'une perte de temps (prendre plus d'une heure par jour) et interférer de manière significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel ou ses activités ou relations sociales habituelles, ou ses relations avec les autres. Les obsessions ou les compulsions peuvent remplacer un comportement utile et satisfaisant et peuvent grandement perturber le fonctionnement général. Dans la mesure où des intrusions obsessionnelles peuvent être source de distraction, elles entraînent fréquemment une incompétence pour les tâches cognitives qui nécessitent de la concentration comme la lecture ou le calcul. De plus, de nombreux sujets évitent des objets ou des situations qui provoquent des obsessions ou des compulsions. Un tel évitement peut s'étendre et sévèrement restreindre le fonctionnement général.

Spécification

Avec peu de prise de conscience. Cette spécification peut s'appliquer lorsque, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Il existe fréquemment un évitement de situations en rapport avec le contenu des obsessions telle la saleté ou la contamination. Par exemple, une personne ayant des obsessions de la saleté peut éviter d'utiliser les toilettes publiques ou de serrer la main à des inconnus. Des préoccupations hypocondriaques sont habituelles avec des visites répétées chez le médecin à la recherche d'une réassurance. Une culpabilité, un sens pathologique de la responsabilité et des troubles du sommeil peuvent être présents. Il peut exister une utilisation excessive d'alcool ou de sédatifs, d'hypnotiques ou de médicaments anxiolytiques. L'accomplissement des compulsions peut devenir l'activité principale de la vie, conduisant à des handicaps sévères dans le registre conjugal, professionnel ou social. Un évitement envahissant peut conduire un sujet à ne plus sortir de chez lui.

Le Trouble obsessionnel-compulsif peut être associé à un Trouble dépressif majeur, à d'autres Troubles anxieux (c.-à-d. Phobie spécifique, Phobie sociale, Trouble panique, Trouble anxiété généralisée), aux Troubles des conduites alimentaires et à certains Troubles de la personnalité (c.-à-d. Troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, Trouble de la personnalité évitante et Trouble de la personnalité dépendante). Il existe une incidence élevée de Troubles obsessionnels-compulsifs chez les enfants et les adultes ayant un syndrome de Gilles (le la Tourette avec des estimations allant approximativement de 35 à 50 %. L'incidence du syndrome (le Gilles de la Tourette dans le Trouble obsessionnel-compulsif est plus faible avec (les estimations allant de 5 à 7 %. Entre 20 et 30 % des sujets ayant un Trouble obsessionnel-compulsif font état de tics actuels ou passés.

Examens complémentaires. Aucun résultat de laboratoire n'a été identifié comme élément diagnostique du Trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, nombre d'examens complémentaires anormaux ont été retrouvés dans des groupes de sujets ayant un Trouble obsessionnel-compulsif comparés à des sujets témoins. Certaines données suggèrent que les agonistes sérotoninergiques en administration aiguë entraînent une augmentation des symptômes chez certains sujets ayant ce trouble. Les sujets ayant ce trouble peuvent présenter une activation neuro-végétative lorsqu'ils sont confrontés en laboratoire à des circonstances qui déclenchent une obsession. La réactivité physiologique diminue après l'accomplissement des compulsions.

Examen physique et affections médicales générales associées. Des problèmes dermatologiques causés par un lavage excessif avec de l'eau ou des produits de nettoyage caustiques peuvent être observés.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Un comportement ritualisé imposé culturellement n'est pas en soi indicateur d'un Trouble obsessionnel-compulsif sauf s'il excède les normes culturelles, survient à (les moments ou à des endroits jugés inappropriés par les tenants d'une même culture et interfère avec le fonctionnement social. Bien que les facteurs culturels n'entraînent pas en soi un Trouble obsessionnel-compulsif, les croyances religieuses et culturelles peuvent influencer les thèmes des obsessions et des compulsions (p. ex., les juifs orthodoxes avec des compulsions religieuses peuvent avoir des symptômes centrés sur les pratiques alimentaires). Des périodes transitoires importantes de la vie et le deuil peuvent conduire à une intensification du comportement ritualisé qui pourrait être pris pour une obsession par un clinicien non familiarisé avec le contexte culturel.

Les présentations cliniques du Trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants sont généralement similaires à celles de l'adulte. Le lavage, la vérification et les rituels d'agencement selon un certain ordre sont particulièrement communs chez les enfants. Les enfants ne cherchent généralement pas d'aide et les symptômes peuvent ne pas être egodystoniques. Plus souvent, le problème est identifié par les parents qui amènent l'enfant pour un traitement. Un déclin progressif du travail scolaire secondaire à l'altération de la capacité à se concentrer a été rapporté. Comme les adultes, les enfants sont plus enclins à s'engager dans des rituels à la maison que lorsqu'ils sont en face des autres, de leurs pairs, des enseignants ou d'inconnus. Pour un petit groupe

d'enfants, le Trouble obsessionnel-compulsif peut être associé à une infection par un streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (p. ex., scarlatine et angine à streptocoques). Cette forme de Trouble obsessionnel-compulsif est caractérisée par un début du trouble avant la puberté, une association avec des anomalies neurologiques (p. ex., mouvements choréiformes et hvperactivité motrice) et un début brutal des symptômes ou une évolution épisodique clans laquelle les exacerbations sont chronologiquement liées aux infections streptococciques. Les adultes plus âgés semblent avoir davantage d'obsessions concernant la moralité et des rituels de lavage que d'autres types de symptômes. Le trouble est réparti également chez les hommes et les femmes. Toutefois, clans le Trouble obsessionnel-compulsif à début pédiatrique, le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Prévalence

Selon les études conduites en population générale, la prévalence sur la vie est estimée à 2,5 % et la prévalence sur un an de 0,5 à 2,1 % chez les adultes. Toutefois des problèmes méthodologiques liés aux moyens d'évaluation utilisés suggèrent que les taux réels de prévalence sont bien inférieurs. Selon les études conduites en population générale chez les enfants et les adolescents, la prévalence sur la vie est estimée à 1-2,3 % et la prévalence sur un an à 0,7 %. Les travaux de recherche indiquent que les taux de prévalence du Trouble obsessionnel-compulsif sont similaires clans nombre de cultures différentes à travers le monde.

Évolution

Bien que le trouble obsessionnel-compulsif débute durant l'adolescence ou chez l'adulte jeune, un début clans l'enfance est possible. L'âge de début est plus précoce chez les garçons que chez les filles, entre l'âge de 6 et 15 ans pour les garçons et entre 20 et 29 ans pour les filles. Dans la plupart des cas, le début est progressif mais un début aigu a été observé dans certains cas. La majorité des sujets ont une évolution chronique avec des hauts et des bas, et des exacerbations symptomatiques qui peuvent être associées au stress. Environ 15 % présentent une altération progressive du fonctionnement professionnel et social. Environ 5 % ont une évolution épisodique avec peu ou pas de symptômes entre les épisodes.

Aspects familiaux

Le taux de concordance pour le Trouble obsessionnel-compulsif est plus élevé chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes. Le taux de Trouble obsessionnel-compulsif chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant un Trouble obsessionnel-compulsif et chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant un syndrome de Gilles de la Tourette est plus élevé que dans la population générale.

Diagnostic différentiel

Le Trouble obsessionnel-compulsif doit être distingué du **Trouble anxieux dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic est celui de Trouble anxieux dû à une

affection médicale générale lorsque les obsessions ou les compulsions sont estimées âtre la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (voir p. 550). Cette décision repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. lin **Trouble anxieux induit par une substance** se distingue d'un Trouble obsessionnel-compulsif du fait qu'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) est jugée être étiologiquement associée aux obsessions ou aux compulsions (voir p. 553).

Des pensées, des impulsions, des représentations ou des comportements récurrents ou intrusifs peuvent survenir dans le contexte de nombreux autres troubles mentaux. On ne fait pas le diagnostic de Trouble obsessionnel-compulsif si le contenu des pensées ou des activités est exclusivement en rapport avec un autre trouble mental (p. *ex.,* être préoccupé par son aspect physique dans la **Peur d'une dysmorphie corporelle,** être préoccupé par un objet ou une situation redoutée dans la **Phobie spécifique** ou **sociale,** s'arracher les cheveux dans la **Trichotillomanie)** Un diagnostic supplémentaire de Trouble obsessionnel compulsif peut cependant être justifié s'il existe (les obsessions ou des compulsions dont le contenu n'est pas en rapport avec l'autre trouble mental.

Dans un **Épisode dépressif majeur,** une rumination persistante concernant des circonstances potentiellement désagréables ou des actions alternatives possibles est fréquente et est considérée comme un élément dépressif congruent à l'humeur plutôt qu'une obsession. Par exemple, on ne considérera pas *les* ruminations d'un sujet déprimé pensant qu'il n'est bon à rien comme des obsessions car (le telles ruminations ne sont pas egodystoniques.

L'anxiété **généralisée** est caractérisée par des soucis excessifs mais de tels soucis sont distincts des obsessions dans la mesure où la personne les éprouve comme des préoccupations excessives à propos de circonstances réelles de la vie. Par exemple, une préoccupation excessive de perdre son travail constituerait un souci et non une obsession. De façon opposée, le contenu des obsessions ne concerne pas habituellement les problèmes de la vie réelle et les obsessions sont ressenties comme inappropriées par le sujet (p. ex., l'idée intrusive, cause de souffrance, que « Luc » est « cul » épelé à l'envers).

Si les pensées récurrentes source de souffrance sont exclusivement en rapport avec des peurs ou l'idée que l'on a une maladie sévère sur la base d'une mauvaise interprétation de symptômes physiques, on doit faire un diagnostic **(l'Hypocondrie** de préférence à celui de Trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, si la préoccupation d'avoir une maladie s'accompagne de rituels tels des lavages excessifs ou un comportement de vérification en rapport avec les préoccupations concernant la maladie ou avec la crainte de la propager à d'autres, alors le diagnostic supplémentaire de Trouble obsessionnel-compulsif peut être posé. Si la préoccupation essentielle est *celle* de contracter une maladie (plutôt que (l'avoir une maladie) et sans qu'aucun rituel soit en jeu, alors une **Phobie spécifique** de la maladie peut être le diagnostic le plus approprié.

La capacité (les sujets à reconnaître que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables s'inscrit clans un continuum. Chez certains sujets ayant un Trouble obsessionnel-compulsif le sens de la réalité peut être perdu et l'obsession peut atteindre des proportions délirantes (p. ex., la croyance que l'on a causé la mort d'une autre personne du simple fait de l'avoir voulu). Dans de tels cas, la présence de caractéristiques psychotiques peut âtre indiquée par un diagnostic additionnel de **Trouble délirant** ou de **Trouble psychotique non spécifié.** La spécification « avec peu de prise de conscience » peut être utile clans les situations où l'on se trouve à la

limite entre l'obsession et l'idée délirante (p. ex., chez un sujet dont la préoccupation extrême de la contamination, bien qu'exagérée, est moins intense que dans un Trouble délirant et justifiée par le fait que de manière certaine les microbes sont omniprésents).

Les pensées délirantes avec ruminations et les comportements stéréotypés bizarres qui surviennent dans la **Schizophrénie** sont distincts des obsessions et des compulsions car ils ne sont pas egodystoniques et le sujet ne cherche pas en vérifier la réalité. Cependant, certains sujets manifestent des symptômes à la fois du Trouble obsessionnel-compulsif et de Schizophrénie et nécessitent les cieux diagnostics.

Les tics (dans le Trouble : Tic) et les mouvements stéréotypés (dans le **Trouble : Mouvement stéréotypé)** doivent être distingués des compulsions. Un *tic* est une vocalisation ou un mouvement moteur soudain, rapide, récurrent, non rythmique (p. ex., clignement des yeux, protrusion de la langue, raclement de gorge). Un *mouvement stéréotypé* est un comportement moteur répétitif, apparemment sans finalité fonctionnelle (p. ex., se donner des claques, balancer son corps, se mordre). Comparativement à une compulsion, les tics et les mouvements stéréotypés sont habituellement moins complexes et ils n'ont pas pour but de neutraliser une obsession. Certains sujets manifestent des symptômes à la fois d'un Trouble obsessionnel- compulsif et d'un Tic (en particulier le syndrome de Gilles de la Tourette) et les deux diagnostics peuvent être justifiés.

Certaines activités comme l'alimentation (p. ex., **Troubles des conduites alimentaires),** le comportement sexuel (p. ex., **Paraphilies),** le jeu (p. ex., **Jeu pathologique)** ou l'utilisation de substances (p. ex., **Dépendance** ou **Abus d'Alcool)** ont été appelées « compulsives » quand le sujet s'y adonne de manière excessive. Cependant, ces activités ne sont pas considérées comme des compulsions telles qu'elles sont définies dans ce manuel car la personne tire habituellement du plaisir de cette activité et peut souhaiter lui résister uniquement du fait de ses conséquences délétères.

Bien que la **Personnalité obsessionnelle-compulsive** et le Trouble obsessionnel-compulsif aient des noms similaires, les caractéristiques cliniques de ces troubles sont tout à fait différentes. La Personnalité obsessionnelle compulsive n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique, en revanche, un schéma envahissant de préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle qui doit commencer au début de la vie adulte. Si un sujet manifeste des symptômes à la fois d'un Trouble obsessionnel-compulsif et d'une Personnalité obsessionnelle-compulsive, les deux diagnostics peuvent être posés.

Les **superstitions** et les **comportements répétitifs de vérification** sont couramment rencontrés clans la vie de tous les jours. Un diagnostic de Trouble obsessionnel-compulsif doit être envisagé uniquement s'ils sont à l'origine d'une perte de temps excessive ou entraînent une gêne ou une souffrance cliniquement significative.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 du Trouble obsessionnel-compulsif différencient les obsessions des compulsions selon l'existence de pensées, d'idées ou de représentations (obsessions) ou d'actes (compulsions). Le DSM-IV, quant à lui, établit cette distinction sur le fait que la pensée, l'idée ou la représentation entraîne anxiété ou souffrance (obsession) ou bien prévient ou réduit l'anxiété ou la

souffrance (compulsion). De ce fait, dans le DSM-IV, les compulsions cognitives peuvent être présentes alors qu'elles seraient considérées comme des obsessions dans la CIM-10. De plus, la CIM-10 établit une durée minimale des symptômes d'au moins cieux semaines.

- **Critères diagnostiques du F42.x [300.3] Trouble obsessionnel-compulsif**

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions :

Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4) :

(1) pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante

(2) les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle

(3) 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

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale, (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées)

Compulsions définies par (1) et (2) :

(1) comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible

(2) les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, *ces* comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs

B. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

N. B. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F42.x 1300.3] Trouble obsessionnel-compulsif *(.suite)*

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre Trouble de l'Axe 1 est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur).

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni d'une affection médicale générale.

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

F43.1 [309.811 État de stress post-traumatique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'État de stress post-traumatique est le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche (Critère A1). La réponse

de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur (chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité) (Critère A2). Les symptômes caractéristiques résultant de l'exposition à un traumatisme extrême comprennent le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique (Critère B), un évitement persistant des stimulus associés au traumatisme avec émoussement des réactions générales (Critère C), et des symptômes persistants d'activation neuro-végétative (Critère D). Le tableau symptomatique complet doit être présent durant plus d'un mois (Critère E) et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère F).

Les événements traumatiques qui sont vécus directement comprennent, de manière non limitative, le combat militaire, les agressions personnelles violentes (agression sexuelle, attaque physique, vol), le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, les accidents de voiture graves ou le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital. Chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle. Les événements dont le sujet est témoin peuvent comprendre, de manière non limitative, le fait d'assister à la blessure grave ou à la mort non naturelle d'une autre personne à la suite d'une agression violente, d'un accident, d'une guerre, ou d'une catastrophe ou le fait de voir de manière inattendue un cadavre ou les morceaux d'un corps. Les événements vécus par autrui et qui sont rapportés au sujet comprennent, de manière non limitative, les agressions personnelles violentes, les accidents sévères, ou les blessures graves vécus par un membre de la famille ou un ami proche ; la mort subite et inattendue d'un membre de la famille ou d'un ami proche ; ou la nouvelle que son enfant a une maladie mettant en jeu le pronostic vital. Le trouble peut être particulièrement sévère ou prolongé quand le facteur de stress est lié à une activité humaine (p. ex., torture, viol). La probabilité de développer ce trouble peut augmenter en fonction de l'intensité et de la proximité physique du facteur de stress.

L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières. Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (Critère B1) ou des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté (Critère B2). En de rares occasions, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours, durant lesquels les composantes de l'événement sont revécues et la personne se comporte comme si elle vivait l'événement à ce moment (Critère B3). Ces événements, souvent appelés « flash-backs » sont typiquement brefs, mais peuvent être associés à une détresse prolongée et une activation neuro-végétative. On observe souvent une souffrance psychologique (Critère B4) ou une réactivité physiologique (Critère B5) intenses quand la personne est exposée à des événements déclenchants qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (p. ex., dates anniversaires de l'événement traumatique ; temps froid et neigeux ou gardes en uniforme pour les survivants des camps de la mort situés dans les régions froides ; temps chaud et humide pour les anciens combattants du Pacifique Sud ; le fait de rentrer clans n'importe quel ascenseur pour une femme qui a été violée dans un ascenseur).

Les stimulus associés avec le traumatisme sont évités de manière durable. Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique (Critère CD et pour éviter les activités,

les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci (Critère C2). Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique (Critère C3). Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelée « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu rie temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée rie l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources rie plaisir (Critère C4) ou de se sentir détaché ou étranger vis- à-vis des autres (Critère C5) ou avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité) (Critère C6). Le sujet peut avoir le sentiment d'un futur « amputé » (p. ex., ne s'attend plus à avoir une carrière, se marier, avoir des enfants ou un cours normal de la vie) (Critère C7).

Le sujet présente des symptômes persistants d'anxiété et d'hyperéveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil qui peut être due à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu (Critère D1), une hypervigilance (Critère D4) et des réactions exagérées de sursaut (Critère D5). Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère (Critère D2) ou d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches (Critère D3).

Spécifications

Les caractéristiques suivantes peuvent être utilisées pour spécifier le début et la durée ries symptômes de l'État de stress post-traumatique :

Aigu. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent moins de trois mois.

Chronique. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent trois mois Ou plus.

Avec survenue différée. Cette désignation indique qu'au moins six mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les sujets ayant un État de stress post-traumatique peuvent décrire des sentiments de culpabilité douloureuse pour avoir survécu alors que d'autres n'ont pas survécu ou en raison de ce qu'elles ont dû faire pour survivre. Des conduites d'évitement peuvent interférer avec les relations interpersonnelles et conduire à des conflits conjugaux, au divorce ou à une perte d'emploi. Des hallucinations auditives et des idées délirantes peuvent être présentes dans certains cas sévères et chroniques. On peut observer les symptômes suivants, en particulier après ries facteurs rie stress de nature interpersonnelle (p. ex., abus sexuel ou physique dans l'enfance, mauvais traitements domestiques, prise d'otage, incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, torture) : altération de la modulation des affects ; comportement autodestructeur et impulsif ; symptômes dissociatifs ; plaintes somatiques ; sentiments d'inefficience, de honte, de désespoir, ou d'être sans espoir ; sentiment de n'être plus comme avant ; perte des croyances antérieures ; hostilité ; repli social ; sentiment d'être constamment menacé ; altération

des relations avec autrui ; ou modification des caractéristiques de la personnalité antérieure du sujet.

L'État de stress post-traumatique est associé à des taux élevés de Trouble dépressif majeur, de Troubles liés à l'utilisation d'une substance, de Trouble panique, d'Agoraphobie, de Trouble obsessionnel-compulsif, de Trouble anxiété généralisée, de Phobie sociale, de Phobie spécifique et de Trouble bipolaire. Ces troubles peuvent soit précéder, soit suivre ou bien apparaître en même temps que l'État de stress post-traumatique.

Examens complémentaires. L'augmentation du niveau d'éveil peut être mesurée par des enregistrements du fonctionnement du système neuro-végétatif (p. ex., fréquence cardiaque, électromyographie, activité des glandes sudoripares).

Examen physique et affections médicales générales associées. Des blessures physiques peuvent survenir comme conséquence directe du traumatisme. De plus, l'États de stress post-traumatique chronique peut être associé à une fréquence accrue de plaintes somatiques et d'affections médicales générales.

Caractéristiques liées à la culture et à l'âge

Les sujets qui ont récemment immigré de zones d'instabilité sociale et de conflits civils importants peuvent présenter des taux élevés d'État de stress post-traumatique. De tels sujets peuvent être particulièrement réticents à divulguer des expériences de torture et de traumatisme du fait de leur statut précaire d'immigrant politique. Des évaluations spécifiques des expériences traumatiques et des symptômes concomitants sont nécessaires chez de tels individus.

Chez les jeunes enfants, des rêves de l'événement, source de souffrance, peuvent, en quelques semaines se changer en cauchemars généralisés de monstres, de sauvetage des autres ou de menaces vis-à-vis de soi ou des autres. Les jeunes enfants n'ont habituellement pas le sentiment qu'ils sont en train de revivre le passé ; le fait de revivre le traumatisme peut plutôt survenir à travers des jeux répétitifs (p. ex., un enfant qui a été impliqué dans un accident automobile grave rejoue d'une manière répétitive des accidents de voiture avec ses petites voitures). Dans la mesure où il peut être difficile pour les enfants de faire état d'une diminution des intérêts pour les activités significatives et d'une restriction des affects, ces symptômes doivent être soigneusement évalués à partir des comptes-rendus des parents, des enseignants et d'autres observateurs. Chez les enfants, le sens d'un futur sans lendemain peut se traduire par une croyance que la vie sera trop courte pour pouvoir devenir un adulte. Il peut également y avoir une « création de présages » c.-à-d. l'enfant peut croire avoir la capacité de prévoir de futurs événements malheureux. Les enfants peuvent également présenter des symptômes physiques variés tels des douleurs à l'estomac ou des maux de tête.

Prévalence

Les études faites en population générale révèlent une prévalence sur la vie de l'État de stress post-traumatique de 8 % approximativement chez les adultes aux États-Unis. Actuellement, il n'existe pas de données disponibles quant à la prévalence de ce trouble

dans d'autres pays. Les études de sujets à risque (c.-à-d. groupes exposés à des incidents traumatisants spécifiques) ont rapporté des données variables avec les taux les plus élevés (allant du tiers à plus de la moitié des sujets exposés) chez les survivants de viols, de combats et de détention militaires, et de génocide et d'internements ethniques ou politiques.

Évolution

L'État de stress post-traumatique peut survenir à tout âge y compris durant l'enfance. Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent. Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un État de stress aigu (voir p. 540). Les symptômes et l'importance relative de la reviviscence, de l'évitement et des symptômes d'hyperéveil peuvent varier dans le temps. La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme. Dans certains cas, l'évolution est émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes. Une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.

La sévérité, la durée, et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble. Les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'État de stress post-traumatique. Ce trouble peut se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important.

Aspects familiaux

Il existe des données en faveur d'une composante héréditaire dans l'apparition de l'État de stress post-traumatique. De plus, des antécédents de dépression chez les apparentés de premier degré ont été associés à une augmentation de la vulnérabilité par rapport au développement d'un État de stress post-traumatique.

Diagnostic différentiel

Dans l'État de stress post-traumatique, le facteur de stress doit être de nature extrême (c.-à-d. mettant en jeu la vie). Dans le **Trouble de l'adaptation** en revanche, le facteur de stress peut être de n'importe quelle sévérité. Le diagnostic de Trouble de l'adaptation est approprié à la fois dans les situations dans lesquelles la réponse à un facteur extrême de stress ne remplit pas les critères (l'un État de stress post- traumatique (ou d'un autre trouble mental spécifique) et dans les situations dans lesquelles la configuration symptomatique de l'État de stress post-traumatique survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrême (p. ex., départ du conjoint, licenciement).

Les éléments psychopathologiques qui surviennent chez des sujets exposés à un facteur de stress extrême ne doivent pas tous être systématiquement attribués à un État de stress post-traumatique. **Les symptômes d'évitement, d'émoussement et l'augmentation de l'éveil qui sont présents avant l'exposition au facteur de stress** ne remplissent pas les critères du diagnostic d'État de stress post- traumatique et doivent faire envisager d'autres diagnostics (p. ex., un Trouble de l'humeur ou un autre Trouble anxieux). De plus, si la modalité de réponse symptomatique à un facteur de stress extrême remplit les critères d'un **autre trouble mental** (p. ex., Trouble psychotique bref, Trouble de conversion, Trouble dépressif majeur), ces diagnostics doivent être portés au lieu, ou en plus, de celui d'État de stress post-traumatique.

L'État de stress aigu se distingue de l'État de stress post-traumatique par les symptômes qui, dans l'État de stress aigu, doivent survenir dans les quatre semaines après l'événement traumatique et disparaître dans cette période de quatre semaines. Si les symptômes persistent plus d'un mois et remplissent les critères d'un État de stress post-traumatique, le diagnostic d'État de stress aigu est modifié pour celui d'État de stress post-traumatique.

Dans le **Trouble obsessionnel-compulsif,** il existe des pensées intrusives répétitives mais elles sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un événement traumatique. Les flash-back dans l'État de stress post-traumatique doivent être distingués des illusions, des hallucinations et des autres perturbations perceptuelles qui peuvent survenir dans la **Schizophrénie,** les **autres Troubles psychotiques,** le **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques,** un **Delirium,** les **Troubles induits par une substance,** et les **Troubles psychotiques dûs à une affection médicale générale.**

La Simulation doit être éliminée dans les situations où une rétribution financière, une procédure d'indemnisation et des déterminants médico-légaux jouent un rôle.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'un État de stress post- traumatique fournissent un critère différent pour le facteur de stress : une situation ou un événement « exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». L'algorithme diagnostique de la CIM-10 diffère de celui du DSM-IV en ce que le Critère D du DSM-IV constitué des symptômes d'activation n'est pas requis obligatoirement mais peut-être remplacé par l'incapacité de se souvenir d'aspects importants du traumatisme. A l'inverse du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne spécifient pas une durée minimale des symptômes.

Critères diagnostiques du F43.1 1309.811 Trouble État de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique clans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des évéments durant lesquels des individus ont pu mourir ou etre très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **N.-B. :** Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B. :** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable

(3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.-B. :** Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.811 Trouble État de Stress post-traumatique** *(suite)*

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
(6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
(7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
(2) irritabilité ou accès de colère
(3) difficultés de concentration
(4) hypervigilance
(5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.
Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

F43.0 1308.3] État de stress aigu

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'État de stress aigu est le développement d'une anxiété caractéristique, clissociative, et d'autres symptômes survenant dans le mois suivant l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême (Critère A). Pour la discussion des types de facteur de stress concernés, voir la description de l'État de stress post-traumatique (p. 533). Lors du vécu de l'événement traumatique ou après l'événement,

l'individu a eu au moins trois des symptômes dissociatifs suivants : un sentiment subjectif d'émoussement, de détachement ou (l'absence de réponse émotionnelle ; une réduction de la conscience de son environnement ; une déréalisation ; une dépersonnalisation ; ou une amnésie dissociative (Critère B). A la suite du traumatisme, l'événement traumatique est revécu de manière persistante (Critère C), le sujet fait preuve d'un évitement marqué des stimulus qui peuvent entraîner une réactualisation du traumatisme (Critère D) et présente des symptômes marqués d'anxiété ou d'hyperéveil (Critère E). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative, interférer de manière significative avec le fonctionnement habituel ou altérer la capacité du sujet à poursuivre ses obligations (Critère F). La perturbation dure au moins deux jours et ne persiste pas au-delà de quatre semaines après l'événement traumatique (Critère G) ; si les symptômes persistent au-delà de 4 semaines, le diagnostic de l'État de stress post-traumatique peut être porté. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale ; ils ne sont pas mieux expliqués par un Trouble psychotique bref et ne sont pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant (Critère H).

Le sujet développe des symptômes dissociatifs en réponse à l'événement traumatique. Les sujets ayant un État de stress aigu peuvent avoir une diminution des réponses émotionnelles ; ils éprouvent souvent une difficulté ou une impossibilité à ressentir du plaisir dans des activités antérieurement agréables et se sentent fréquemment coupables de poursuivre les tâches habituelles de la vie. Ils peuvent ressentir des difficultés de concentration, se sentir détachés de leur corps, vivre le monde comme irréel ou comme clans un rêve, ou avoir des difficultés croissantes à se rappeler des détails spécifiques de l'événement traumatique (amnésie dissociative). En outre, au moins un symptôme de chacun des groupes de symptômes requis pour l'État de stress post-traumatique est présent. Premièrement, l'événement traumatique est revécu de manière persistante (p. ex., survenue répétée de souvenirs, d'images, de représentations, de pensées, de rêves, d'illusions, d'épisodes de flash-back, de sentiments de revivre l'événement ou de souffrance lors de l'exposition à ce qui rappelle l'événement). Deuxièmement, les éléments rappelant le traumatisme (p. ex., les lieux, les gens, les activités) sont évités. Enfin, il existe un hyperéveil en réponse aux stimulus rappelant le traumatisme (p. ex., difficulté à s'endormir, irritabilité, mauvaise concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée et agitation motrice).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Des symptômes de désespoir et le sentiment d'être sans espoir peuvent être ressentis dans l'État de stress aigu et peuvent être suffisamment sévères ou persistants pour remplir les critères d'un Épisode dépressif majeur, auquel cas un diagnostic additionnel de Trouble dépressif majeur peut être justifié. Si le traumatisme a entraîné le décès ou la blessure grave de quelqu'un, les survivants peuvent se sentir coupables d'être demeurés indemnes ou de ne pas avoir fourni suffisamment d'aide aux autres. Les sujets ayant ce trouble s'attribuent souvent une part de responsabilité non justifiée dans les conséquences du traumatisme. Les sujets peuvent négliger leur propre santé ou leur sécurité dans les suites du traumatisme. Les sujets ayant ce trouble ont un risque plus élevé de développer un État de stress post-traumatique. On a rapporté chez les survivants d'accidents

de voitures ou de crimes violents dont la réponse initiale au traumatisme était un État de stress aigu, des taux d'État de stress post-traumatique de 80 % approximativement. Ils peuvent présenter des comportements impulsifs et avoir tendance à prendre des risques exagérés après le traumatisme.

Examen physique et affections médicales générales associées. Le traumatisme peut avoir entraîné des affections médicales générales (p. ex., blessure de la tête, brûlures).

Caractéristiques liées à la culture

Bien que certains événements soient probablement universellement vécus comme traumatiques, la sévérité et les modalités de la réaction peuvent être modulées par des différences culturelles concernant les implications de la perte. Il peut aussi y avoir des comportements d'adaptation dictés par — et caractéristiques de — certaines cultures particulières. Par exemple, les symptômes dissociatifs survenant à la suite d'un stress aigu peuvent être au premier plan dans les cultures dans lesquelles de tels comportements sont stigmatisés. Pour une plus ample discussion des facteurs culturels liés aux événements traumatiques, voir p. 536.

Prévalence

La prévalence de l'État de stress aigu dans une population exposée à un facteur de stress traumatique sévère dépend de la sévérité et de la persistance du traumatisme et du degré d'exposition. La prévalence de l'État de stress aigu dans la population générale est inconnue. Dans les quelques études disponibles, des taux allant de 14 à 33 % ont été rapportés chez les sujets exposés à un traumatisme sévère (c.-à-d. être dans un accident de voiture, être témoin d'exécutions).

Évolution

Les symptômes rie l'État rie stress aigu sont éprouvés durant ou immédiatement après le traumatisme, persistent au moins deux jours et disparaissent dans les quatre semaines après la fin de l'événement traumatique. Quand les symptômes persistent au-delà d'un mois, le diagnostic doit être changé. Un diagnostic d'État de stress post- traumatique peut être approprié si les critères complets d'un État de stress post-traumatique sont remplis. La sévérité, la durée et la proximité de l'exposition du sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants pour déterminer la probabilité du développement d'un État de stress aigu. Il existe certains éléments montrant que les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'État de stress aigu. Ce trouble peut se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress est particulièrement important.

Diagnostic différentiel

La survenue de certains symptômes à la suite d'un facteur de stress extrême est ubiquitaire et souvent ne nécessite pas un diagnostic. Un État de stress aigu ne doit être envisagé que si les symptômes persistent au moins deux jours et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altèrent la capacité du sujet à poursuivre certaines tâches nécessaires (p. ex., obtenir l'assistance nécessaire ou mobiliser ses ressources personnelles en discutant de l'expérience traumatique avec des membres de sa famille).

Un État de stress aigu doit être distingué d'un **Trouble mental dû à une affection médicale générale** (p. ex., traumatisme cérébral) (voir p. 209) et d'un **Trouble induit par une substance** (p. ex., lié à une Intoxication par l'alcool) (voir p. 241), qui peuvent être des conséquences communes de l'exposition à un facteur de stress extrême. Chez certains sujets, des symptômes psychotiques peuvent survenir après un facteur de stress extrême. Dans de tels cas, on fait le diagnostic de **Trouble psychotique bref** plutôt que celui d'État de stress aigu. Si un **Épisode dépressif majeur** se développe après le traumatisme, un diagnostic de Trouble dépressif majeur doit être envisagé en plus du diagnostic d'État de stress aigu. Un diagnostic distinct d'État de stress aigu ne doit pas être fait si les symptômes se résument à une **exacerbation d'un trouble mental préexistant.**

Par définition, un diagnostic d'État de stress aigu est approprié uniquement pour des symptômes qui surviennent clans le mois succédant à un facteur de stress extrême. Dans la mesure où **l'État de stress post-traumatique** nécessite que les symptômes persistent plus d'un mois, ce diagnostic ne peut être fait au cours du premier mois. Pour les sujets ayant un diagnostic d'État de stress aigu dont les symptômes persistent plus d'un mois, le diagnostic d'État de stress post-traumatique doit être envisagé. Pour les sujets qui ont eu un facteur de stress extrême mais qui développent un tableau symptomatique qui ne remplit pas les critères d'un État de stress aigu, un diagnostic de **Trouble de l'adaptation** doit être envisagé.

La Simulation doit être éliminée dans les situations clans lesquelles une rétribution financière, une procédure d'indemnisation ou des déterminants médico- légaux jouent un rôle.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une Réaction aiguë à un facteur de stress diffèrent de ceux du DSM-IV de plusieurs manières : 1) tout d'abord des symptômes anxieux sont inclus ; 2) le début des symptômes doit survenir clans l'heure qui suit le facteur de stress et 3) les symptômes doivent commencer à diminuer dans les 8 heures pour les facteurs *de* stress transitoires et dans les 48 heures pour les facteurs de stress prolongés. Contrairement au DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne nécessitent pas que des symptômes dissociatifs soient présents ou que l'événement soit revécu de manière persistante.

Critères diagnostiques du F43.0 [308.31 Trouble État de Stress aigu

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des évéments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

(1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
(2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. « être dans le brouillard »)
(3) une impression de déréalisation
(4) de dépersonnalisation
(5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme)

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (p. ex., pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (p. ex., difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F43.0 1308.3j Trouble État de Stress aigu** *(suite)*

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

F41.1 [300.02] Anxiété généralisée (Trouble) (incluant le Trouble hyperanxiété de l'enfant)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Anxiété généralisée est une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités (Critère A). Le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations (Critère B). L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes supplémentaires parmi une liste qui comprend agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (un seul symptôme additionnel est nécessaire chez les enfants) (Critère C). L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble de l'axe I comme le fait d'avoir une Attaque de panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble Anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble Somatisation) ou d'avoir une maladie sévère (comme dans l'Hypocondrie) ; l'anxiété et les soucis ne surviennent pas exclusivement durant un État de stress post-traumatique (Critère D). Bien que les sujets ayant une Anxiété généralisée ne puissent pas toujours identifier les soucis comme « excessifs », ils font état d'une souffrance subjective due à une préoccupation constante, ont des difficultés à contrôler leur préoccupation ou présentent une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement durant un trouble de l'Humeur, un Trouble psychotique ou un Trouble envahissant du développement (Critère F).

L'intensité, la durée ou la fréquence de l'anxiété et des soucis sont hors de proportion avec la probabilité actuelle — ou l'impact — de l'événement redouté. La personne éprouve des difficultés à empêcher les pensées inquiétantes d'interférer avec l'attention portée aux tâches en cours et a des difficultés pour arrêter de se faire des soucis. Les adultes ayant une Anxiété généralisée s'inquiètent souvent au sujet des circonstances quotidiennes de la vie de tous les jours comme les responsabilités professionnelles, les problèmes financiers, la santé des membres de la famille, les infortunes de leurs enfants ou de sujets mineurs (tels les travaux domestiques, les réparations de voiture ou le fait d'être en retard à des rendez-vous). Les enfants ayant une anxiété généralisée ont tendance à s'inquiéter de manière excessive quant à leurs compétences ou à la qualité de leurs performances. Durant l'évolution du trouble, l'objet des soucis peut varier d'une préoccupation à une autre.

Caractéristiques et troubles associés

Outre la tension musculaire, il peut exister des tremblements, des contractions, ries sensations de tremblement et des douleurs ou des endolorissements musculaires. De nombreux sujets ayant une Anxiété généralisée ressentent également des symptômes somatiques (p. ex., mains froides et humides ; bouche sèche ; transpiration ; nausée ou diarrhée ; pollakiurie ; difficultés pour avaler ou « boule » dans la gorge) et une réponse de sursaut exagérée. Des symptômes d'hyperactivité neuro-végétative (p. ex., augmentation de la fréquence cardiaque, souffle court, vertiges) sont moins importants dans l'Anxiété généralisée que dans les autres Troubles anxieux tels que le Trouble panique et l'État de stress psot-traumatique. Les symptômes dépressifs sont également fréquents.

L'Anxiété généralisée survient très fréquemment en même temps que des Troubles de l'Humeur (p. ex., Trouble dépressif majeur ou Trouble dysthymique), (l'autres Troubles anxieux (p. ex., Trouble panique, Phobie sociale, Phobie spécifique) et des Troubles liés à une substance (Dépendance ou Abus à l'alcool ou aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques). D'autres affections qui peuvent être associées au stress (syndrome du colon irritable, céphalées) accompagnent fréquemment l'Anxiété généralisée.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il existe une variation culturelle considérable dans l'expression de l'anxiété (p. ex., dans certaines cultures, l'anxiété s'exprime de manière prédominante par des symptômes somatiques, dans d'autres par des symptômes cognitifs). Il est important de considérer le contexte culturel lorsque l'on évalue le caractère excessif des soucis portant sur certaines situations.

Chez les enfants et les adolescents ayant une Anxiété généralisée, l'anxiété et les soucis concernent souvent la qualité de leur performance ou leur compétence à l'école ou dans les événements sportifs, même lorsque leur performance n'est pas évaluée par les autres. Ils peuvent avoir des préoccupations excessives concernant la ponctualité. Ils peuvent également être préoccupés par l'idée d'événements catastrophiques tels des tremblements de terre ou une guerre nucléaire. I,es enfants ayant ce trouble peuvent être excessivement conformistes, perfectionnistes et peu sûrs d'eux-mêmes, et ont tendance à refaire les tâches par un manque excessif de satisfaction d'une performance

qui n'est pas (tout à fait) parfaite. Ils sont typiquement trop zélés dans la recherche d'une approbation et requièrent une réassurance excessive vis-à-vis de leur performance et de leurs autres soucis.

Le diagnostic d'Anxiété généralisée peut être porté de manière excessive chez les enfants. Lorsque ce trouble est recherché chez les enfants, une évaluation attentive des autres Troubles anxieux de l'enfance doit être faite afin de déterminer si les préoccupations ne sont pas mieux expliquées par l'un de ces troubles. Le Trouble anxiété de séparation, la Phobie sociale et le Trouble obsessionnel-compulsif sont souvent accompagnés de préoccupations qui peuvent ressembler à celles décrites dans l'Anxiété généralisée. Par exemple, un enfant ayant une Phobie sociale peut être préoccupé par ses performances scolaires du fait d'une peur d'être humilié. Les préoccupations concernant la maladie peuvent également être mieux expliquées par le Trouble anxiété de séparation ou le Trouble obsessionnel-compulsif.

Dans les services cliniques, le trouble est diagnostiqué un peu plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (environ 55 à 60 % des sujets se présentant avec ce trouble sont des femmes). Dans les études épidémiologiques, la répartition selon le sexe est d'environ deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes.

Prévalence

Dans un échantillon de la population générale, le taux de prévalence sur un an de l'Anxiété généralisée est approximativement de 3 % et la prévalence sur la vie de 5 %. Dans les cliniques spécialisées dans les troubles anxieux, plus de 25 % des sujets se présentent avec une Anxiété généralisée, comme diagnostic principal ou comorbide.

Évolution

De nombreux sujets ayant une Anxiété généralisée rapportent qu'ils se sont sentis anxieux et nerveux toute leur vie. Bien que plus de la moitié de ceux se présentant pour un traitement fassent état d'un début durant l'enfance ou l'adolescence, un début survenant après l'âge de 20 ans n'est pas inhabituel. L'évolution est chronique mais fluctuante et s'aggrave souvent durant les périodes de stress.

Aspects familiaux

Il existe une Association familiale pour l'anxiété en tant que trait. Bien que les premières études aient rapporté des résultats inconsistants concernant les modalités de répartition familiale de l'Anxiété généralisée, des études plus récentes de jumeaux suggèrent une contribution génétique dans l'apparition de ce trouble. De plus, les facteurs génétiques qui influencent la vulnérabilité à l'Anxiété généralisée peuvent être très proches de ceux du Trouble dépressif majeur.

Diagnostic différentiel

L'Anxiété généralisée doit être distinguée d'un **Trouble anxieux dû à une affection médicale générale.** On doit faire le diagnostic de Trouble anxieux dû à une affection médicale générale si les symptômes anxieux sont jugés être la conséquence physiologique

directe d'une affection médicale générale (p. ex., phéochromocytome, hyperthyroïdie) (voir p. 550). Cette décision repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Un **Trouble anxieux induit par une substance** se distingue de l'Anxiété généralisée par le fait qu'une substance (une substance donnant heu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) est jugé être étiologiquement liée à la perturbation anxieuse (voir p. 553). Par exemple, une anxiété sévère qui survient uniquement dans le contexte d'une consommation importante de café sera diagnostiquée en tant que Trouble anxieux induit par la caféine, avec Anxiété généralisée.

Lorsqu'un autre trouble de l'Axe I est présent, un diagnostic additionnel d'Anxiété généralisée ne doit être fait que lorsque l'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas lié à ce trouble, c'est-à-dire que les soucis excessifs ne se résument pas au fait (l'avoir une Attaque de panique (comme dans le **Trouble panique),** d'être gêné en public (comme dans la **Phobie sociale)** d'être contaminé (comme dans le **Trouble obsessionnel-compulsif),** de prendre du poids (comme dans l'**Anorexie mentale),** (l'avoir une maladie sévère (comme dans l'**Hypocondrie),** d'avoir des plaintes somatiques multiples (comme dans le **Trouble Somatisation),** ou des préoccupations concernant la santé des proches ou le fait d'être loin d'eux et de son domicile (comme dans l'**Anxiété de séparation).** Par exemple, l'anxiété présente dans la Phobie sociale est centrée sur des situations sociales à venir dans lesquelles l'individu doit faire preuve de ses compétences ou être évalué par les autres, alors que les sujets ayant une Anxiété généralisée ressentent de l'anxiété qu'ils soit évalués ou non.

Plusieurs caractéristiques distinguent les soucis excessifs de l'Anxiété généralisée des **pensées obsessionnelles** du Trouble obsessionnel-compulsif. Les pensées obsessionnelles ne sont pas simplement des soucis excessifs concernant les problèmes réels de la vie quotidienne mais sont plutôt des intrusions egodystoniques qui ne se limitent pas à des pensées mais qui prennent souvent la forme de pulsions, d'impulsions et de représentations. Finalement, la plupart des obsessions sont accompagnées de compulsions qui réduisent l'anxiété associée aux obsessions.

L'anxiété est invariablement présente dans l'État **de stress post-traumatique.** On ne fait pas un diagnostic d'Anxiété généralisée si l'anxiété survient exclusivement durant l'évolution d'un État de stress post-traumatique. L'anxiété peut également être présente dans le **Trouble de l'adaptation,** mais cette catégorie résiduelle ne doit être utilisée que lorsque les critères ne sont pas remplis pour l'un quelconque des autres Troubles anxieux (y compris l'Anxiété généralisée). De plus, dans le Trouble de l'adaptation l'anxiété survient en réponse à un facteur de stress de la vie et ne persiste pas plus de six mois après la fin du facteur de stress ou de ses conséquences. L'anxiété généralisée est une manifestation associée habituelle des **Troubles de l'humeur** et des **Troubles psychotiques** et ne doit pas être diagnostiquée de manière séparée si elle survient exclusivement durant l'évolution de ces affections.

Plusieurs caractéristiques distinguent l'Anxiété généralisée de l'**anxiété non pathologique.** Premièrement, les soucis associés à l'Anxiété généralisée sont difficiles à contrôler et interfèrent typiquement de manière significative avec le fonctionnement alors que les soucis de la vie quotidienne sont perçus comme plus contrôlables et peuvent être remis à plus tard. Deuxièmement, les soucis associés à l'Anxiété généralisée sont plus envahissants, prononcés, source de souffrance, de durée plus longue et surviennent fréquemment sans facteur précipitant. Quand une personne se fait des soucis de manière excessive à propos de multiples circonstances de la vie (les finances, la sécurité des enfants, les performances professionnelles, les réparations de voiture), on peut évoquer ce diagnostic. Troisièmement, la probabilité que les soucis quotidiens

soient accompagnés de symptômes physiques (p. ex., fatigue excessive, agitation, sentiment d'être à bout de nerf ou sur les nerfs, irritabilité) est moindre bien que cela soit moins vrai chez les enfants.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 de l'Anxiété généralisée spécifient que 4 symptômes au sein d'une liste de 22 (comprenant 5 des 6 symptômes du DSM-IV) doivent être présents.

Critères diagnostiques de F41.1 [300.02] L'Anxiété généralisée (Trouble)

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). **N.-B. :** Un seul item est requis chez l'enfant.

(1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
(2) fatigabilité
(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire
(4) irritabilité
(5) tension musculaire
(6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme clans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress posttraumatique.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques de F41.1 [300.2] L'Anxiété généralisée (Trouble)** *(suite)*

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

F06.4 [293.84] Trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble anxieux dû à une affection médicale générale est une anxiété cliniquement significative que l'on estime être due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. Les symptômes peuvent comprendre des symptômes nets d'anxiété généralisée, des Attaques de panique ou des obsessions et des compulsions (Critère A). Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent permettre de confirmer que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (Critère B). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel un Trouble de l'adaptation avec anxiété, dans lequel une affection médicale générale constitue le facteur de stress (Critère C). On ne fait pas ce diagnostic si les symptômes anxieux surviennent uniquement durant l'évolution d'un delirium (Critère D). Les symptômes anxieux doivent causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E).

Pour déterminer si les symptômes anxieux sont dus à une affection médicale générale, le clinicien doit tout d'abord établir la présence d'une affection médicale générale. Ensuite, il doit établir que les symptômes anxieux sont étiologiquement liés à l'affection médicale générale par un mécanisme physiologique. Une évaluation soigneuse et détaillée de nombreux facteurs est nécessaire pour porter ce jugement. Bien qu'il n'existe pas de directives infaillibles pour déterminer si la relation entre les symptômes anxieux et l'affection médicale générale est étiologique, plusieurs considérations peuvent servir de guide dans ce domaine. La première concerne la présence d'une association temporelle entre le début, l'exacerbation ou la rémission de l'affection médicale générale et les symptômes anxieux. La deuxième concerne la présence de caractéristi-

ques atypiques pour un Trouble anxieux primaire (p. ex., âge de début ou évolution atypique ou absence d'antécédents familiaux). Les données de la littérature suggérant l'existence d'un lien direct entre l'affection médicale générale en question et le développement des symptômes anxieux peuvent être utiles pour évaluer certains cas particuliers. De plus, le clinicien doit également estimer que la perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble anxieux primaire, un Trouble anxieux induit par une substance ou d'autres Troubles mentaux primaires (p. ex., Trouble de l'adaptation). Ces facteurs de détermination sont expliqués de manière plus détaillée dans la section « Troubles mentaux dûs à une affection médicale générale » (voir p. 209).

Spécifications

Les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour indiquer la symptomatologie qui prédomine dans le Trouble anxieux dû à une affection médicale générale :

Avec Anxiété généralisée. Cette spécification peut être utilisée si l'anxiété ou les soucis excessifs d'un certain nombre d'événements ou d'activités sont au premier plan du tableau clinique.

Avec Attaques de panique. Cette spécification peut être utilisée si les attaques de panique (voir p. 494) sont au premier plan du tableau clinique.

Avec symptômes obsessionnels-compulsifs. Cette spécification peut être utilisée si les obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.

Procédures d'enregistrement

Pour coder le diagnostic de Trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le clinicien doit tout d'abord noter sur l'Axe I la présence d'un Trouble anxieux, puis l'affection médicale générale identifiée comme la cause de la perturbation, et finalement la spécification appropriée indiquant la symptomatologie prédominante (p. ex., F06.4 [293.89] Trouble anxieux dû à une thyréotoxicose, avec anxiété généralisée). Le code CIM-10 [CIM-9 MC] pour l'affection médicale générale doit également être noté sur l'Axe III (p. ex., E05.9 [242.9] thyréotoxicose). (Voir annexe G pour une liste des codes diagnostiques pour une sélection d'affections médicales générales.)

Affections médicales générales associées

Des affections médicales générales variées peuvent causer des symptômes anxieux notamment les affections endocriniennes (p. ex., hyper- et hypothyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie, hyperadréno-corticisme), les affections cardio-vasculaires (p. ex., insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, arythmie), les affections respiratoires (p. ex., broncho-pneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation), les affections métaboliques (p. ex., déficit en vitamine B12, porphyrie), et les affections neurologiques (p. ex., tumeurs, dysfonction vestibulaire, encéphalite). Les résultats de l'examen physique, des examens complémentaires et les modalités de prévalence et de début reflètent l'affection médicale générale en cause.

Diagnostic différentiel

On ne fait pas un diagnostic distinct de Trouble anxieux dû à une affection médicale générale si la perturbation anxieuse survient exclusivement au cours de l'évolution d'un **Delirium.** Toutefois, un diagnostic de Trouble anxieux dû à une affection médicale générale peut être porté en plus d'un diagnostic de **Démence** si l'anxiété est une conséquence étiologique directe du processus pathologique à l'origine de la clémence et qu'elle occupe une part importante du tableau clinique. Si le tableau clinique comporte de nombreux symptômes différents (p. ex., humeur et anxiété), le Trouble mental spécifique dû à une affection médicale générale dépend des symptômes qui prédominent dans le tableau clinique.

S'il existe des éléments en rapport avec une utilisation de substances, récente ou prolongée, (y compris les médicaments avec des effets psychoactifs), le sevrage d'une substance ou l'exposition à un toxique, on doit envisager un diagnostic de **Trouble anxieux induit par une substance. Il** peut être utile d'obtenir un prélèvement urinaire ou sanguin ou d'autres examens complémentaires appropriés. Les symptômes qui surviennent durant ou peu de temps après (c.-à-d. dans les quatre semaines) une Intoxication ou un Sevrage à une substance ou après l'utilisation de médicaments peuvent être spécialement indicatifs d'un Trouble anxieux induit par une substance, en fonction du type, de la durée ou de la quantité de substance utilisée. Si le clinicien a constaté que la perturbation est due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, les deux diagnostics (c.-à-d. Trouble anxieux dû à une affection médicale générale et Trouble anxieux induit par une substance) peuvent être portés.

Un Trouble anxieux dû à une affection médicale générale doit être distingué d'un **Trouble anxieux primaire** (en particulier un Trouble panique, une Anxiété généralisée et un Trouble obsessionnel-compulsif) et d'un **Trouble de l'adaptation avec anxiété** ou **mixte avec anxiété et humeur dépressive** (p. ex., une réponse mal adaptée au stress d'avoir une affection médicale générale). Dans les troubles mentaux primaires, aucun mécanisme physiologique spécifique ayant un lien de causalité directe avec l'affection médicale générale ne peut être démontré. Un âge tardif de début et l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de Troubles anxieux suggèrent la nécessité d'une évaluation minutieuse pour éliminer le diagnostic de Trouble anxieux dû à une affection médicale générale. De plus, les symptômes anxieux peuvent être une **caractéristique associée d'un autre trouble mental** (p. ex., Schizophrénie, Anorexie mentale).

Un diagnostic de **Trouble anxieux non spécifié** est porté si le clinicien ne peut déterminer si la perturbation anxieuse est primaire, induite par une substance ou due à une affection médicale générale.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 requièrent que le tableau clinique réponde à tous les critères symptomatiques et de durée du Trouble panique ou de l'Anxiété généralisée. Dans la CIM-10, ce trouble est libellé en tant que Trouble anxieux organique.

Critères diagnostiques du F06.4 1293.84] Trouble anxieux dû à... *[Indiquer l'affection médicale générale]*

A. Anxiété, attaques de panique ou obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.

B. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un aune trouble mental (p. ex., un Trouble de l'adaptation avec anxiété dans lequel le facteur de stress est une affection médicale générale sévère).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

E. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec anxiété généralisée : si l'anxiété ou les soucis excessifs concernant plusieurs *événements* ou activités prédominent clans le tableau clinique.
Avec attaques de panique : si les Attaques de Panique (voir p. 496) prédominent clans le tableau clinique.
Avec symptômes obsessionnels-compulsifs : si les obsessions ou les compulsions prédominent dans le tableau clinique.

Note de codage : Inclure le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I, p.ex., F06.4 [293.84] Trouble anxieux dû à un phéochromocytome avec Anxiété généralisée; coder également l'affection médicale générale sur l'Axe III (voir Annexe G pour les codes).

F1x.8 Trouble anxieux induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles d'un 'l'rouble anxieux induit par une substance sont des symptômes anxieux prononcés (Critère A) que l'on estime être dûs aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) (Critère B). En fonction de la nature *de* la substance et du contexte dans lequel les symptômes surviennent (c.-à-d. durant l'intoxication ou le sevrage), la perturbation peut comprendre une anxiété prononcée, des Attaques de panique, des phobies ou des obsessions ou des compulsions. Bien que le tableau clinique du Trouble anxieux induit par une substance puisse ressembler à celui d'un Trouble panique, d'une Anxiété généralisée, d'une Phobie sociale ou d'un 'l'rouble

obsessionnel-compulsif, les critères complets de l'un de ces troubles n'ont pas besoin d'être remplis. La perturbation ne doit pas être mieux expliquée par un trouble mental (p. ex., un autre Trouble anxieux) qui n'est pas induit par une substance (Critère C). On ne fait pas le diagnostic si les symptômes anxieux surviennent uniquement au cours de l'évolution d'un delirium (Critère D). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). Ce diagnostic doit être fait plutôt que celui d'Intoxication ou de Sevrage à une substance uniquement lorsque les symptômes anxieux sont excessifs par rapport à ceux habituellement associés à l'intoxication ou au syndrome de sevrage, et lorsque les symptômes anxieux sont suffisamment sévères pour justifier par eux-mêmes un examen clinique. Pour une discussion plus détaillée des Troubles liés à une substance (voir p. 209).

Un Trouble anxieux induit par une substance se distingue d'un Trouble anxieux primaire lorsque sont pris en compte le début, l'évolution et d'autres facteurs. Pour les substances donnant lieu à abus, il doit exister des éléments dans les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires en faveur d'une Dépendance, d'un Abus, d'une intoxication ou d'un sevrage.

Les Troubles anxieux induits par une substance surviennent uniquement en association avec les états d'intoxication ou de sevrage alors que les Troubles anxieux primaires peuvent précéder le début de l'utilisation d'une substance ou survenir lors de périodes d'abstinence prolongée. Dans la mesure où l'état de sevrage de certaines substances (p. ex., certaines benzodiazépines) peut être relativement prolongé, le début des symptômes anxieux peut survenir jusqu'à quatre semaines après l'arrêt de l'utilisation d'une substance, mais il est généralement plus précoce.

Une autre considération est la présence de caractéristiques atypiques pour un Trouble anxieux primaire (p. ex., âge de début ou évolution atypique). Par exemple, le début du Trouble panique après l'âge de 45 ans (ce qui est rare) ou la présence de symptômes atypiques durant une Attaque de panique (p. ex., un vertige vrai ; une perte de l'équilibre, de la conscience ou du contrôle urinaire ou sphinctérien ; des céphalées ; des mots mal articulés ou une amnésie) peuvent suggérer une étiologie induite par une substance. A l'inverse, des éléments suggérant que les symptômes anxieux sont mieux expliqués par un Trouble anxieux primaire comportent la persistance de symptômes anxieux durant une période substantielle de temps (c.-à-d. un mois ou plus) après la fin de l'Intoxication ou du Sevrage aigu de la substance ; le développement de symptômes qui sont notablement en excès par rapport à ceux qui seraient attendus compte tenu du type ou de la quantité de substance utilisée ou de la durée de son utilisation ; ou un antécédent de Trouble anxieux primaire antérieur récurrent.

Spécifications

Les spécifications suivantes peuvent être utilisées pour la symptomatologie qui prédomine :

Avec anxiété généralisée. Cette spécification peut être utilisée si l'anxiété ou les soucis excessifs concernant un certain nombre d'événements ou d'activités sont au premier plan du tableau clinique.

Avec attaques de panique. Cette spécification peut être utilisée si les attaques de panique (voir p. 494) sont au premier plan du tableau clinique.

Avec symptômes obsessionnels-compulsifs. Cette spécification peut être utilisée si les obsessions ou les compulsions sont au premier plan du tableau clinique.

Avec symptômes phobiques. Cette spécification peut être utilisée si les symptômes phobiques sont au premier plan du tableau clinique.

Le contexte dans lequel se développent les symptômes anxieux peut être indiqué en utilisant l'une des spécifications suivantes :

Avec début pendant l'intoxication. Cette spécification doit être utilisée si les critères pour l'intoxication par une substance sont remplis et si les symptômes se développent au cours du syndrome d'intoxication.

Avec début pendant le sevrage. Cette spécification doit être utilisée si les critères du sevrage à une substance sont remplis et si les symptômes se développent durant ou peu après un syndrome de sevrage.

Procédures d'enregistrement

Le nom du diagnostic du Trouble anxieux induit par une substance comporte celui de la substance spécifique (p. ex., alcool, méthylphénydate, thyroxine) qui est supposée être la cause des symptômes anxieux. Le code diagnostique est sélectionné dans une liste de classes de substances fournies avec l'ensemble des critères. Pour les substances qui ne rentrent dans aucune des classes (p. ex., thyroxine) le code « Autre substance » doit être utilisé. De plus, pour les médicaments prescrits à doses thérapeutiques, le médicament spécifique peut être répertorié par le code E de l'Axe I (voir Annexe G). Le nom du trouble (p. ex., Trouble anxieux induit par la caféine) est suivi par la spécification de la symptomatologie prédominante et du contexte clans lequel les symptômes se sont développés (p. ex., F15.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la caféine, avec Attaques de panique, avec début durant l'intoxication). Lorsque plus d'une substance est estimée avoir joué un rôle significatif dans le développement des symptômes anxieux, chacune doit être notée séparément (p. ex., F14.8 [292.89] Trouble anxieux induit par la cocaïne, avec anxiété généralisée, avec début pendant l'intoxication ; F10.8 [291.8] Trouble anxieux induit par l'alcool, avec anxiété généralisée, avec début pendant le sevrage). Si une substance est jugée être le facteur étiologique mais que la substance spécifique ou la classe de substances est inconnue, on doit utiliser la catégorie F19.8 [292.89] Trouble anxieux induit par une substance inconnue.

Substances spécifiques

Des Troubles anxieux peuvent survenir en association avec une **intoxication** par une substance appartenant aux classes de substances suivantes : alcool ; amphétamines et substances amphétaminiques ; caféine ; cannabis ; cocaïne ; hallucinogènes ; solvants volatils ; phencyclidine et substances similaires, autres substances ou substances inconnues. Des troubles anxieux peuvent survenir en association avec le **sevrage** à une substance appartenant aux classes de substances suivantes : alcool ; cocaïne ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; autres substances ou substances inconnues.

Les médicaments qui ont été rapportés comme pouvant provoquer des symptômes anxieux comprennent les anesthésiques et les antalgiques, les sympathomimétiques ou autres bronchodilatateurs, les anticholinergiques, l'insuline, les préparations

thyroïdiennes, les contraceptifs oraux, les anti-histaminergiques, les médicaments antiparkinsoniens, les corticostéroïdes, les médicaments antihypertenseurs et cardiovasculaires, les anticonvulsivants, le carbonate de lithium, les médicaments antipsychotiques et les antidépresseurs. Les métaux lourds et les toxiques (p. ex., substances volatiles comme l'essence et la peinture, les insecticides organophosphorés, les gaz nerveux, l'oxyde de carbone, le dioxyde de carbone) peuvent également causer des symptômes anxieux.

Diagnostic différentiel

Des symptômes anxieux surviennent habituellement lors de **l'Intoxication par une substance** et le **Sevrage à une substance.** Le diagnostic d'intoxication liée à une substance spécifique ou de sevrage d'une substance spécifique suffit habituellement à classer la présentation symptomatique. On doit faire un diagnostic de Trouble anxieux induit par une substance plutôt qu'un diagnostic d'Intoxication par une substance ou de Sevrage à une substance uniquement lorsque les symptômes anxieux sont jugés être en excès par rapport à ceux habituellement associés à une intoxication ou à un syndrome de sevrage et lorsque les symptômes anxieux sont suffisamment sévères pour justifier pour eux-mêmes un examen clinique. Par exemple, les symptômes anxieux sont une manifestation caractéristique du Sevrage à l'alcool. Un Trouble anxieux induit par l'alcool doit être diagnostiqué plutôt qu'un Sevrage à l'alcool uniquement si les symptômes anxieux sont plus sévères que ceux habituellement rencontrés dans le Sevrage à l'alcool et sont suffisamment sévères pour être considérés à part sur le plan clinique et thérapeutique. Si des symptômes anxieux induits par une substance surviennent exclusivement au cours d'un **delirium,** les symptômes anxieux sont considérés comme étant une manifestation associée du delirium et ne sont pas diagnostiqués séparément. Dans les **tableaux cliniques induits par une substance qui comportent de nombreux symptômes de types différents** (p. ex., thymiques, psychotiques et anxieux), le type spécifique de Trouble induit par une substance qui doit être diagnostiqué dépend du type de symptômes au premier plan du tableau clinique.

Un Trouble anxieux induit par une substance se distingue d'un **Trouble anxieux primaire** par le fait qu'une substance est jugée être étiologiquement liée aux symptômes (voir p. 553).

Un Trouble anxieux induit par une substance prescrite pour le traitement d'un trouble mental ou d'une affection médicale générale doit débuter alors que la personne reçoit le médicament (ou au cours du sevrage, si un syndrome de sevrage est associé avec le médicament). Lorsque le traitement est interrompu, les symptômes anxieux disparaissent habituellement en quelques jours à quelques semaines (en fonction de la demi-vie de la substance et de la présence d'un syndrome de sevrage). Si les symptômes persistent au-delà de quatre semaines, d'autres facteurs à l'origine de symptômes anxieux doivent être envisagés.

Dans la mesure où les sujets ayant des affections médicales générales prennent souvent des médicaments pour ces affections, le clinicien doit envisager la possibilité selon laquelle les symptômes anxieux sont causés par les conséquences physiologiques de l'affection médicale générale plutôt que par le médicament, auquel cas c'est le diagnostic de **Trouble anxieux dû à une affection médicale générale** qui est fait. Les antécédents fournissent souvent des arguments permettant de trancher dans ces cas. On doit parfois changer le traitement de l'affection médicale générale (p. ex., par

substitution ou arrêt du médicament) pour déterminer de manière empirique si le médicament était l'agent causal ou non. Si le clinicien a déterminé que la perturbation est due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, les deux diagnostics (c.-à-d. Trouble anxieux dû à une affection médicale générale et Trouble anxieux induit par une substance) doivent être faits. Quand il existe des éléments insuffisants pour déterminer si les symptômes anxieux sont dus à une substance (y compris un médicament) ou à une affection médicale générale ou s'ils sont primaires (c.-à-d. non dûs à une substance ou à une affection médicale générale), on doit faire un diagnostic de **Trouble anxieux non spécifié.**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 n'isole pas de Trouble anxieux induit par une substance.

F 1x.8 Critères diagnostiques du Trouble anxieux induit par une substance

A. Anxiété, Attaques de panique ou obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.

B. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires de l'un ou l'autre des éléments suivants :

(1) les symptômes du Critère A se sont développés durant, ou moins d'un mois après, une Intoxication ou un Sevrage à une substance
(2) l'utilisation d'un médicament est étiologiquement liée à la perturbation.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble anxieux non induit par une substance. Des arguments en faveur du fait que les symptômes sont attribués à un Trouble anxieux non induit par une substance peuvent inclure les points suivants : les symptômes précèdent le début de l'utilisation de la substance (ou du médicament) ; les symptômes persistent durant une période substantielle de temps (p. ex., environ un mois) après l'arrêt d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère ou sont de manière substantielle en excès par rapport à ce qui pourrait être attendu compte tenu du type ou de la quantité de la substance utilisée ou de la durée de son usage ; ou bien il existe d'autres arguments suggérant l'existence d'un Trouble anxieux indépendant non-induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents non associés à une substance).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

(suite)

❑ F lx.8 Critères diagnostiques du Trouble anxieux induit par une substance *(suite)*

E. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

N.-B. : Ce diagnostic doit être fait plutôt que celui d'Intoxication ou de Sevrage à une substance uniquement lorsque les symptômes anxieux sont excessifs par rapport à ceux associés habituellement à une intoxication ou un syndrome de sevrage et lorsque les symptômes anxieux sont suffisamment sévères pour justifier, à eux seuls, un examen clinique.

Coder Trouble anxieux induit par [Substance spécifique].
(F10.8 [291.89] Alcool ; F15.8 [292.89] Amphétamine (ou Substance amphétaminique) ; F15.8 [292.89] Caféine ; F12.8 [292.89] Cannabis ; F14.8 |292.89| Cocaïne ; F16.8 [292.89] Hallucinogènes ; F18.87 [292.89] Solvants volatils ; F19.8 [292.89] Phencyclidine (ou Substance similaire) ; F13.8 [292.89] Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.8 [292.89] Substance autre [ou inconnue].

Spécifier si :
Avec anxiété généralisée : si l'anxiété ou les soucis excessifs concernant plusieurs événements ou activités prédominent dans le tableau clinique.
Avec attaques de panique : si les Attaques de Panique (voir p. 496) prédominent dans le tableau clinique.
Avec symptômes obsessionnels-compulsifs : si les obsessions ou les compulsions prédominent dans le tableau clinique.
Avec symptômes phobiques : si les symptômes phobiques prédominent dans le tableau clinique.

Spécifier si (voir le Tableau p. 223 pour le caractère applicable par substance).
Avec début pendant l'intoxication : si les critères sont remplis pour une Intoxication par la substance et si les symptômes se développent durant le syndrome d'intoxication.
Avec début pendant le sevrage : si les critères sont remplis pour un Sevrage à la substance et si les symptômes se développent durant, ou peu de temps après, le syndrome de sevrage.

F41.9 [300.00] Trouble anxieux non spécifié

Cette catégorie comprend des troubles caractérisés par une anxiété ou un évitement phobique prononcés qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble anxieux spécifique, d'un Trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un Trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive. Exemples :

1. F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte' présence de symptômes cliniquement significatifs d'anxiété et de dépression, mais ne répondant pas aux

1. Traduction française officielle de : *Mixed Anxiety Depressive Disorder.* Pour la traduction française du DSM-IV nous avons préféré l'expression : Trouble mixte anxiété-dépression *(cf.* l'Annexe B).

critères d'un Trouble de l'humeur spécifique ou d'un Trouble Anxieux spécifique (voir p. 898 pour les critères proposés pour la recherche).

2. Présence de symptômes de phobie sociale cliniquement significatifs en rapport avec l'impact social d'une affection médicale générale ou d'un trouble mental présent (p. ex., maladie de Parkinson, affections dermatologiques, Bégaiement, Anorexie mentale, Peur d'une dysmorphie corporelle).
3. Situations dans lesquelles la perturbation est suffisamment sévère pour justifier un diagnostic de Trouble anxieux alors que le sujet ne présente la totalité des critères d'aucun Trouble anxieux spécifique, par exemple, un sujet qui signale avoir toutes les caractéristiques d'un Trouble panique sans Agoraphobie hormis le fait que les Attaques de panique sont toutes des attaques pauci-symptomatiques.
4. Situations dans lesquelles le clinicien a conclu à la présence d'un Trouble anxieux sans être capable de déterminer s'il est primaire, dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.

Troubles somatoformes

La caractéristique commune aux Troubles somatoformes est la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale (d'où le terme *somatoforme*[1]), mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (p. ex., un Trouble panique). Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. A la différence des Troubles factices et de la Simulation, les symptômes physiques ne sont pas volontaires (c.-à-d. sous le contrôle de la volonté). Les Troubles somatoformes se distinguent du cadre des Facteurs psychologiques influençant une affection médicale par le fait qu'aucune affection médicale générale ne peut être diagnostiquée pour rendre compte complètement des symptômes physiques. Ces troubles sont regroupés en un chapitre unique car ils nécessitent tous la même démarche clinique (à savoir exclure une affection médicale générale inapparente ou bien une substance comme la cause des symptômes physiques) plutôt qu'en raison d'une étiologie ou de mécanismes supposés communs. Ces troubles sont souvent rencontrés en médecine générale.

Ce chapitre comporte les Troubles somatoformes suivants :

Le Trouble somatisation (qui correspond à ce que l'on appelait dans le passé hystérie ou syndrome rie Briquet) est un trouble polysymptomatique, survenant avant l'âge de 30 ans, persistant plusieurs années, et caractérisé par l'association de douleurs, de symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques.

Le Trouble somatoforme indifférencié est caractérisé par des plaintes somatiques inexpliquées, persistant au moins 6 mois, mais dont le nombre ou la durée n'atteignent pas les seuils requis pour porter le diagnostic de Trouble somatisation.

Le Trouble de conversion comporte des symptômes ou des déficits inexpliqués touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. Des facteurs psychologiques sont considérés comme étant associés aux symptômes ou aux déficits.

Dans **le Trouble douloureux,** la douleur est au centre du tableau clinique. En outre, on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

---

1. Angl. : *Somatoform Disorders*. La traduction correcte sur le plan étymologique en serait : troubles somatomorphes. Nous avons conservé cette chimère gréco-latine étant donné le large usage en médecine de termes construits sur le même modèle (N.d.T.).

L'Hypocondrie consiste en une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel.

Le trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle consiste en une préoccupation concernant un défaut imaginaire ou bien amplifié de l'apparence physique.

Le trouble somatoforme non spécifié permet de coder des troubles comportant des symptômes somatoformes, mais ne répondant à aucun des critères diagnostiques des Troubles somatoformes spécifiques.

F45.0 [300.811 Trouble somatisation

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble somatisation est un ensemble de plaintes somatiques récurrentes, multiples et cliniquement significatives. Une plainte somatique est cliniquement significative si elle entraîne un traitement médical (p. ex., une prise de médicaments) ou bien si elle est à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les plaintes somatiques doivent survenir avant l'âge de 30 ans et se manifester pendant une période de plusieurs années (Critère A). Ces plaintes somatiques multiples ne peuvent pas être expliquées complètement par une affection médicale générale connue ou par les effets directs d'une substance. Si elles surviennent alors que le sujet est atteint d'une affection médicale générale, ces plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnées par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires (Critère C). Il doit y avoir des antécédents de douleur touchant au moins quatre localisations du corps (p. ex., la tête, l'abdomen, le dos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum) ou fonctions corporelles (p. ex., la menstruation, les rapports sexuels, la miction) (Critère BD. Il doit y avoir dans les antécédents au moins deux symptômes gastro-intestinaux, autres que des douleurs (Critère 132). La plupart des sujets atteints de ce trouble se plaignent de nausées et de ballonnements abdominaux. Les vomissements, la diarrhée et l'intolérance à certains aliments sont plus rares. Les plaintes digestives entraînent souvent des examens radiographiques répétés et peuvent conduire à des interventions chirurgicales qui s'avèrent rétrospectivement injustifiées. Il doit y avoir dans les antécédents au moins un symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre qu'une douleur (Critère 133). Chez la femme, il peut s'agir de cycles menstruels irréguliers, de ménorragies, de vomissements tout au long de la grossesse. Chez l'homme, il peut y avoir des anomalies de l'érection ou de l'éjaculation. Les femmes comme les hommes peuvent éprouver un désintérêt sexuel. Enfin, il doit y avoir clans les antécédents au moins un symptôme, autre qu'une douleur, suggérant une affection neurologique (symptômes de conversion comme un trouble de la coordination ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, des difficultés de déglutition ou une « houle dans la gorge », une aphonie, une rétention urinaire, des hallucinations, une perte de la sensibilité au toucher ou à la douleur, une diplopie, une cécité, une surdité, des crises convulsives, des symptômes dissociatifs comme une amnésie, une perte de conscience autre qu'un évanouissement) (Critère 134). Dans chacun de ces regroupements symptomatiques, la liste des symp-

tômes présentés suit approximativement l'ordre de la fréquence avec laquelle ils ont été rapportés. Enfin, les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le Trouble factice ou la Simulation) (Critère D).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les individus atteints de ce trouble expriment habituellement leurs plaintes en des termes imagés et excessifs mais ils donnent souvent peu d'informations factuelles précises. Ils racontent fréquemment leurs troubles de façon inconsistante ou contradictoire, si bien que pour mettre en évidence un comportement de plaintes somatiques répétées lors de l'entretien diagnostique, il est préférable de reconstituer l'histoire de l'ensemble des traitements médicaux et des hospitalisations antérieurs plutôt que de chercher à cocher une liste de symptômes. Ces sujets sont souvent demandeurs de prescriptions auprès de plusieurs médecins en même temps, ce qui peut aboutir à des associations compliquées et parfois hasardeuses de traitements. Il est très fréquent que des symptômes anxieux ou une humeur dépressive soient au premier plan : ils peuvent expliquer que ces sujets soient vus dans un centre de santé mentale. On peut observer des comportements impulsifs et antisociaux, des menaces et des tentatives de suicide, et des dissensions conjugales. La biographie de ces individus, particulièrement lorsqu'ils présentent conjointement des Troubles de la personnalité, est souvent aussi chaotique et compliquée que leur histoire médicale. L'usage fréquent de médicaments peut entraîner des effets indésirables et des Troubles liés à l'utilisation d'une substance. Ces individus subissent généralement de nombreux examens médicaux, des investigations diagnostiques ; ils sont hospitalisés, opérés, et ainsi souvent exposés à des risques supplémentaires de morbidité propres à ces différentes interventions. Le Trouble dépressif majeur, le Trouble panique et les Troubles liés à l'utilisation d'une substance sont fréquemment associés au Trouble somatisation. Les Troubles de la personnalité les plus fréquemment associés sont la Personnalité histrionique, la Personnalité borderline et la Personnalité antisociale.

Examens complémentaires. L'absence d'anomalies venant à l'appui des plaintes subjectives aux examens complémentaires est remarquable.

Examen physique et affections médicales générales associées. Aucune anomalie objective à l'examen physique ne peut expliquer réellement les nombreuses plaintes subjectives. Le diagnostic de « trouble fonctionnel » est parfois porté chez ces sujets (p. ex., syndrome du colon irritable). Toutefois, dans la mesure où il n'existe jusqu'à présent aucun signe objectif reconnu ni aucun résultat d'examen complémentaire spécifique de ces syndromes fonctionnels, les symptômes qui les constituent peuvent être mis sur le compte du diagnostic de Trouble somatisation. Certains sujets présentent des anomalies objectives et une affection médicale générale associée qui ne peut pas expliquer complètement leurs plaintes. Par exemple, des sujets souffrant d'une hypothyroïdie peuvent présenter de multiples plaintes et un nombre significatif d'anomalies objectives à l'examen, mais la maladie n'explique pas une si longue histoire de plaintes nombreuses et variées.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Le type et la fréquence des symptômes somatiques peut varier selon les cultures. Par exemple, la sensation que les mains ou les pieds brûlent ou bien l'impression d'avoir des vers dans la tête ou des fourmis rampant sous la peau, lorsqu'elles ne sont pas délirantes, représentent des symptômes pseudo-neurologiques qui sont plus répandus en Afrique et dans le Sud de l'Asie qu'en Amérique du Nord. Les symptômes en relation avec la fonction de reproduction masculine sont peut-être plus courants dans les cultures Où la crainte de perdre son sperme constitue une préoccupation répandue (par exemple le syndrome « dhat » en Inde). Par conséquent, *les* listes de symptômes doivent être adaptées en fonction de la culture. Les symptômes énumérés dans ce manuel sont ceux qui possèdent la plus grande valeur diagnostique aux États-unis et leur ordre de fréquence provient d'études réalisées aux États-unis.

Le trouble somatisation est rare chez les hommes aux États-unis mais sa fréquence plus élevée chez les hommes grecs ou portoricains suggère que des facteurs culturels pourraient influencer la répartition selon le sexe.

Prévalence

Des taux de prévalence sur la vie très variables du Trouble somatisation ont *été* rapportés, de 0,2 % à 2 % chez la femme et de moins de 0,2 % chez l'homme. Les différences entre les taux pourraient dépendre du fait que l'enquêteur est ou n'est pas médecin, de la méthode d'évaluation et des caractéristiques démographiques de la population étudiée. Le Trouble somatisation est diagnostiqué beaucoup moins fréquemment quand l'enquêteur n'est pas médecin.

Évolution

Le Trouble somatisation est chronique mais fluctuant, avec de rares rémissions spontanées complètes. Il se passe rarement une année sans que des symptômes somatiques inexpliqués poussent l'individu à voir un médecin. Typiquement, les critères diagnostiques sont remplis avant 25 ans mais les premiers symptômes sont souvent présents dès l'adolescence. Les troubles menstruels peuvent être parmi les symptômes les plus précoces chez la femme. Les symptômes sexuels sont souvent associés à des dissensions conjugales.

Aspects familiaux

Le Trouble somatisation est observé chez 10 à 20 % des femmes parentes biologiques du premier degré de femmes ayant le même trouble. Les parents mâles des femmes ayant le trouble ont un risque accru d'avoir une Personnalité antisociale ou un Trouble lié à l'utilisation d'une substance. Les études d'adoption indiquent que la charge génétique et l'environnement constituent tous deux des facteurs de risque pour la Personnalité antisociale, les Troubles liés à l'utilisation d'une substance, et *le* Trouble somatisation. Le fait d'avoir un parent biologique ou adoptif atteint de l'un de *ces* troubles augmente le risque soit de Personnalité antisociale, soit de Trouble lié à une substance, soit de Trouble somatisation.

Diagnostic différentiel

Le tableau clinique du Trouble somatisation est souvent non spécifique et peut ressembler à celui de très nombreuses affections médicales générales. Trois caractéristiques évoquent un Trouble somatisation plutôt qu'une affection médicale générale : 1) la multiplicité des organes impliqués, 2) un début précoce et une évolution chronique, sans qu'apparaisse le moindre signe physique ou la moindre lésion organique et 3) l'absence des anomalies caractéristiques de l'affection médicale générale évoquée aux examens complémentaires. Il convient néanmoins d'éliminer les affections médicales générales caractérisées par des symptômes vagues, multiples et pouvant prêter à confusion (p. ex., l'hyperparathyroïdie, la porphyrie aiguë intermittente, l'hémochromatose, la maladie de Lyme, une maladie parasitaire chronique). De plus, le Trouble somatisation ne protège pas les sujets d'autres affections médicales générales. Il faut évaluer les anomalies objectives sans trop se fier aux plaintes subjectives. La survenue tardive dans la vie de symptômes somatiques multiples est presque toujours due à une affection médicale générale.

La Schizophrénie avec idées délirantes somatiques multiples doit être distinguée des plaintes somatiques non délirantes des sujets atteints du Trouble somatisation. L'association de ce dernier avec la schizophrénie est rare ; dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés. De plus, des hallucinations peuvent être observées parmi les symptômes pseudo-neurologiques et doivent être différenciées des hallucinations typiques de la schizophrénie (voir p. 345).

Il peut être très difficile de distinguer les **Troubles anxieux** du Trouble somatisation. Il vade multiples symptômes somatiques dans le **Trouble panique** mais ceux-ci surviennent essentiellement pendant les attaques de panique. Toutefois, le Trouble panique peut coexister avec le Trouble somatisation ; lorsque les symptômes somatiques surviennent en dehors des attaques de panique, on peut porter les deux diagnostics. Les individus souffrant d'une **Anxiété généralisée** peuvent présenter une multitude de plaintes physiques associées à l'anxiété généralisée, mais leur sujet d'inquiétude ou d'anxiété n'est pas limité aux symptômes somatiques. Les sujets atteints de **Troubles de l'humeur,** en particulier un **Trouble dépressif,** peuvent exprimer des plaintes somatiques, le plus souvent des maux de tête, des troubles gastro-intestinaux ou des douleurs inexpliquées. Chez les individus présentant un Trouble somatisation, les plaintes somatiques sont récurrentes presque tout au long de la vie, indépendamment de l'état de leur humeur, alors que dans les Troubles de l'humeur, les plaintes somatiques sont limitées aux épisodes d'humeur dépressive. Les sujets atteints d'un Trouble somatisation présentent souvent également des plaintes dépressives. Si les critères du Trouble somatisation et d'un Trouble de l'humeur sont conjointement remplis on peut porter les deux diagnostics.

Par définition, tous les sujets atteints d'un Trouble somatisation ont des antécédents de symptômes douloureux, sexuels, de symptômes dissociatifs ou de conversion. Si ces symptômes surviennent exclusivement pendant l'évolution d'un Trouble somatisation, on ne doit donc pas porter un diagnostic additionnel de **Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques,** de **Dysfonction sexuelle,** de **Trouble de conversion,** ou de **Trouble dissociatif**. On ne doit pas faire le diagnostic **d'Hypocondrie** si les craintes d'avoir une maladie grave existent exclusivement pendant l'évolution d'un Trouble somatisation. Les critères diagnostiques du Trouble somatisation sont légèrement plus restrictifs que les critères originaux du **syndrome de Briquet.** Les tableaux cliniques somatoformes qui ne remplissent pas les critères du

Trouble somatisation doivent être classés comme **Trouble somatoforme indifférencié** si le syndrome dure au moins six mois, ou comme **Trouble somatoforme non spécifié** s'il dure moins longtemps.

Dans le **Trouble factice avec signes et symptômes psychologiques prédominants** et dans la **Simulation,** les symptômes somatiques peuvent être produits intentionnellement, respectivement pour jouer le rôle de malade ou pour obtenir un bénéfice. Les symptômes produits intentionnellement ne doivent pas être pris en compte pour faire un diagnostic de Trouble somatisation. En revanche, la possibilité pour quelques symptômes factices ou simulés de se mêler à des symptômes non intentionnels n'est pas rare. Dans de tels cas, il faut porter les deux diagnostics de Trouble somatisation et de Trouble factice ou Simulation.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

L'ensemble des critères diagnostiques et l'algorithme du Trouble somatisation dans les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 diffèrent de ceux du DSM-IV. Est requise la présence de 6 symptômes dans une liste de 14, répartis dans les groupes suivants : 6 symptômes gastro-intestinaux, 2 symptômes cardio-vasculaires, 3 symptômes génito-urinaires et 3 symptômes cutanés et douloureux. Les symptômes doivent appartenir au moins à deux de ces groupes. En outre, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 précisent qu'il doit y avoir un « refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques ».

• Critères diagnostiques du F45.0 [300.81] Trouble somatisation

A. Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant une période de plusieurs années et aboutissant à une demande de traitement ou bien à une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants.

B. Chacun des critères suivants doit avoir été rempli, les symptômes eux-mêmes survenant à n'importe quel moment de l'évolution de la perturbation :

(1) Quatre symptômes douloureux : antécédents de douleur touchant au moins quatre localisations ou fonctions du corps (p. ex., la tête, le clos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum, la menstruation, les rapports sexuels, la miction)

(2) Deux symptômes gastro-intestinaux : antécédents d'au moins deux symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs (p. ex., nausées, ballonnements, vomissements en dehors de la grossesse, diarrhée, ou intolérance à plusieurs aliments différents)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F45.0 1300.81] Trouble somatisation** ***(suite)***

(3) Un symptôme sexuel : antécédents d'au moins un symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre qu'une douleur (p. ex., désintérêt sexuel, anomalies de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières, règles excessives, vomissements tout au long de la grossesse)

(4) Un symptôme pseudo-neurologique : antécédents d'au moins un symptôme ou d'un déficit évoquant une affection neurologique, autre qu'une douleur (symptômes de conversion comme un trouble de la coordination Ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, (les difficultés de déglutition ou une « boule dans la gorge », une aphonie, une rétention urinaire, des hallucinations, une perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité, des crises convulsives ; des symptômes dissociatifs comme une amnésie ; une perte de conscience autre qu'un évanouissement)

C. soit (1) soit (2) :

(1) après des examens médicaux appropriés, aucun des symptômes du Critère B ne petit s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale connue, ni par les effets directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament)

(2) quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes physiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires

D. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).

F45.1 1300.821 Trouble somatoforme indifférencié

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble somatoforme indifférencié est l'existence d'une ou de plusieurs plaintes physiques (Critère A) qui persistent pendant au moins 6 mois (Critère D). Les plaintes les plus fréquentes sont une fatigue chronique, une perte (l'appétit, ou des symptômes gastro-intestinaux ou génito-urinaires. Ces symptômes ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale connue ni par les effets directs d'une substance (p. ex., les effets d'un traumatisme, l'utilisation d'une substance, ou les effets secondaires (l'un médicament), ou alors les plaintes

physiques ou l'altération du fonctionnement qui en résulte sont nettement disproportionnées par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires (Critère B). Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère C). On ne fait pas le diagnostic si les symptômes sont mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., un autre Trouble somatoforme, une Dysfonction sexuelle, un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux, un Trouble (lu sommeil, ou un Trouble psychotique) (Critère E). Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement et ne sont pas feints (comme clans le Trouble factice ou la Simulation) (Critère F).

11 s'agit d'une catégorie résiduelle, prévue pour les tableaux cliniques somatoformes persistants qui ne répondent pas à l'ensemble des critères de l'un des Troubles somatoformes spécifiques (p. ex., le Trouble somatisation). Il faut s'assurer avec une attention particulière que le tableau clinique ne répond pas aux critères du Trouble somatisation, car les éléments anamnestiques fournis par l'interrogatoire des sujets qui présentent ce trouble varient typiquement d'un examen à l'autre (c.-à-d. qu'ils rapportent lors d'une première évaluation une symptomatologie somatique insuffisante pour répondre aux critères, alors qu'elle est suffisante pour répondre à l'ensemble des critères une autre fois). Tous les exemples de symptômes énumérés dans les critères du Trouble somatisation ou d'un autre trouble somatoforme peuvent s'y rencontrer. Il peut y avoir un symptôme unique, comme des nausées, ou bien, plus souvent, de multiples symptômes physiques. Les plaintes physiques chroniques et inexpliquées conduisent fréquemment à des consultations médicales, habituellement auprès d'un médecin généraliste.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Des symptômes médicalement inexpliqués et une inquiétude à propos de la santé physique peuvent constituer des expressions idiomatiques de souffrance ou de détresse, propres à une culture, en rapport avec une grande variété de problèmes personnels et sociaux, sans traduire nécessairement un état psychopathologique. C'est chez les jeunes femmes de niveau socio-économique inférieur que l'on observe la plus grande fréquence des plaintes somatiques inexpliquées, mais ces symptômes se voient à tout âge, chez les hommes et les femmes, et dans tous les groupes socioculturels. La « neurasthénie », syndrome décrit fréquemment dans de nombreuses régions du monde, caractérisé par la fatigue et la faiblesse, est classée comme Trouble somatoforme indifférencié dans le DSM-IV si les symptômes durent plus de 6 mois.

Évolution

L'évolution de chaque plainte somatique inexpliquée est imprévisible. Fréquemment un diagnostic d'affection médicale générale ou d'un autre trouble mental est finalement porté.

Diagnostic différentiel

Se reporter également au Diagnostic différentiel du Trouble somatisation (voir p. 565). Ce qui différencie le Trouble somatoforme Indifférencié du **Trouble somatisation** est qu'il faut, pour porter le diagnostic de Trouble somatisation, une multiplicité de symptômes, d'une durée de plusieurs années et un début avant l'âge de 30 ans. Les sujets

présentant un Trouble somatisation racontent leur histoire d'une façon typiquement inconsistante et contradictoire si bien qu'ils peuvent, lors d'un premier entretien, rapporter de nombreux symptômes et répondre aux critères diagnostiques du Trouble somatisation, tandis qu'à à une autre occasion ils rapporteront beaucoup moins de symptômes et ne répondront plus entièrement aux critères. Si les plaintes physiques ont duré moins de é mois, il faut faire un diagnostic de **Trouble somatoforme non spécifié.** Il ne faut pas porter le diagnostic de Trouble somatoforme indifférencié si les symptômes sont mieux expliqués par un autre trouble mental. Les autres troubles mentaux qui comportent fréquemment des plaintes somatiques inexpliquées sont **le Trouble dépressif majeur, les Troubles anxieux,** et **les Troubles de l'adaptation.** A la différence de ce que l'on observe dans le Trouble somatoforme indifférencié, les symptômes physiques des **Troubles factices** et de **la Simulation** sont produits intentionnellement ou sont feints. Dans le Trouble factice, la motivation est de jouer un rôle de malade et d'obtenir la prescription d'examens médicaux et d'un traitement, alors que dans la Simulation apparaissent des motifs plus extérieurs, comme obtenir une compensation financière, se soustraire à une obligation, fuir des poursuites judiciaires, ou se procurer des drogues ou des médicaments.

Correspondances avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères diagnostiques du DSM-IV sont presque identiques.

Critères diagnostiques du F45.1 1300.821 Trouble somatoforme indifférencié

A. Une ou plusieurs plaintes somatiques (p. ex., une fatigue, une perte de l'appétit, des symptômes gastro-intestinaux ou urinaires).

B. Soit (1) soit (2) :

(1) après des examens médicaux appropriés, les symptômes ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale connue ni par les effets directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament)

(2) quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.

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

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F45.1 1300.821 Trouble somatoforme indifférencié *(suite)*

D. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., un autre Trouble somatoforme, une Dysfonction sexuelle, un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux, un Trouble du sommeil, ou un Trouble psychotique).

F. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).

F44.x [300.11] Trouble de conversion

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de conversion est la présence de symptômes ou de déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale (Critère A). On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit, dans la mesure où l'on observe que la survenue ou l'aggravation du symptôme ou du déficit est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress (Critère B). Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints, comme dans le Trouble factice ou la Simulation (Critère C). On ne porte pas le diagnostic de Trouble de conversion lorsque les symptômes ou les déficits peuvent s'expliquer complètement par une affection neurologique ou une autre affection médicale générale, par les effets directs d'une substance ou être assimilés à un comportement ou une expérience culturellement déterminés (Critère D). Le trouble doit être cliniquement significatif, ce dont témoignent une souffrance marquée, une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans un autre domaine important, ou le fait qu'il justifie une évaluation médicale (Critère E). On ne porte pas le diagnostic de Trouble de conversion si les symptômes se limitent à une douleur ou à une dysfonction sexuelle, s'ils surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble somatisation, ou s'ils sont mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère F).

Les symptômes de conversion sont en relation avec la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles et sont appelés pour cette raison « pseudo-neurologiques ». Les symptômes ou déficits moteurs peuvent consister en un trouble de la coordination ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, une aphonie, des difficultés de déglutition ou une sensation de « boule clans la gorge et une rétention urinaire. Les symptômes ou déficits sensitifs ou sensoriels peuvent être une perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité et des hallucinations. Il peut s'agir également de crises d'épilepsie ou de convulsions. Plus la personne est naïve en matière de connaissances médicales, moins les symptômes

qu'elle présente apparaissent vraisemblables. Des sujets plus évolués ont en général des symptômes et des déficits plus subtils, qui peuvent simuler de près des affections neurologiques ou médicales générales.

Le diagnostic de Trouble de conversion ne doit être porté qu'une fois qu'un examen médical approfondi a éliminé une étiologie neurologique ou médicale générale. Dans la mesure où l'étiologie médicale générale de ce qui apparaît comme un Trouble de conversion ne se révèle parfois qu'après plusieurs années, ce diagnostic doit être réévalué périodiquement. Dans les premières études, une étiologie médicale générale était retrouvée ultérieurement chez un quart à la moitié des sujets qui avaient reçu un diagnostic initial de Trouble de conversion. Dans des études plus récentes, les erreurs de diagnostic sont moins fréquentes, peut- être en raison d'une meilleure connaissance du trouble de conversion et aussi du fait du progrès des connaissances médicales et des techniques de diagnostic:. Un symptôme qui parait être un symptôme de conversion risque d'autant moins d'être dû à une affection médicale générale qu'il existe des antécédents de symptômes somatiques inexpliqués (particulièrement des symptômes de conversion) ou de symptômes dissociatifs, surtout si les critères du Trouble somatisation ont été réunis dans le passé. Typiquement les symptômes de conversion ne respectent pas les voies anatomiques connues ni les règles de la physiologie, mais correspondent plutôt à la conception qu'a le sujet d'une maladie donnée. Une « paralysie » peut consister en une incapacité à réaliser un mouvement particulier ou à remuer toute une partie du corps, plutôt qu'en un déficit correspondant à l'innervation motrice. Les symptômes de conversion sont souvent inconsistants. 1,e sujet pourra remuer une extrémité « paralysée » par inadvertance pendant qu'il s'habille ou que son attention est détournée. Si l'on place le bras « paralysé » au dessus de la tête et qu'on le lâche, il restera brièvement dans cette position, puis retombera sur le côté plutôt que de heurter la tête. L'examen peut retrouver une force musculaire que le sujet méconnaissait dans les muscles antagonistes, un tonus musculaire normal et des réflexes ostéo-tendineux intacts. L'électromyogramme est normal. La dysphagie sera identique pour les liquides et les solides. «L'anesthésie» de conversion d'un pied ou d'une main suivra une distribution en « chaussette » ou en « gant », comportera une perte uniforme (c.-à-d. sans gradient proximo-distal) de toutes les modalités de la sensibilité (c.-à-d. toucher, température et douleur), avec une démarcation nette située à un point de repère anatomique plutôt qu'une perte de sensibilité correspondant aux dermatomes. Lorsqu'il existe des « crises épileptiques » de conversion, elles sont variables d'une fois sur l'autre et il n'y a pas d'activité paroxystique évidente à l'électroencéphalogramme.

Même si l'on suit ces indications avec soin, il faut être prudent. La connaissance de l'anatomie et des mécanismes physiologiques est incomplète et les méthodes d'examen objectif dont nous disposons ont leurs limites. De nombreuses maladies neurologiques peuvent être prises à tort pour un Trouble de conversion. Au premier plan de celles-ci figurent la sclérose en plaques, la myasthénie et les dystonies idiopathiques ou dues à des agents chimiques. Cependant, la présence (l'une maladie neurologique n'exclut pas un diagnostic de Trouble de conversion. Près d'un tiers des individus ayant des symptômes rie conversion souffrent ou ont souffert d'une maladie neurologique. Le diagnostic de Trouble de conversion peut être fait même en présence d'une maladie neurologique ou d'une affection médicale générale si les symptômes restent en partie inexpliqués eu égard à la nature et à la gravité de la maladie neurologique ou de l'affection médicale générale.

Dans la tradition psychopathologique, le terme de « *conversion* » venait de l'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique représente la résolution symbolique d'un

conflit psychologique inconscient, réduisant l'anxiété et servant à maintenir le conflit hors de la conscience (« bénéfice primaire »). l'individu peut également tirer un « bénéfice secondaire » du symptôme de conversion, c.-à-d. soit obtenir des avantages extérieurs soit éviter des tâches ou des responsabilités pénibles. Bien que les critères diagnostiques du Trouble de conversion du DSM-IV n'impliquent pas nécessairement de telles conceptions, ils exigent que des facteurs psychologiques soient associés à l'apparition ou à l'aggravation des symptômes. Les facteurs psychologiques étant omniprésents clans le contexte d'une affection médicale générale, il peut être difficile de déterminer si un facteur psychologique spécifique a une relation étiologique avec le symptôme ou le déficit. Toutefois, la notion d'une relation chronologique étroite entre un conflit ou un facteur de stress et la survenue ou l'aggravation d'un symptôme peut être un argument utile, en particulier si le sujet a présenté des symptômes de conversion dans des circonstances similaires dans le passé. Bien que l'individu puisse tirer des bénéfices secondaires des symptômes de conversion, ceux-ci ne sont pas produits intentionnellement pour obtenir ces bénéfices à la différence de ce que l'on observe dans le Trouble factice et la Simulation.

Il peut être également difficile d'établir qu'un symptôme n'est pas produit intentionnellement ou n'est pas feint. C'est une évaluation soigneuse du contexte dans lequel le symptôme se produit qui permet en général de le déterminer, spécialement en ce qui concerne d'éventuels avantages extérieurs ou le fait de jouer le rôle de malade. Le recours à des sources d'information supplémentaires en dehors des dires du sujet peut être utile (p. ex., collègues de travail, dossier médical).

11 ne faut pas porter un diagnostic de Trouble de conversion si le symptôme correspond en tous points à un comportement ou à une expérience culturellement déterminés. Ainsi, des « visions » ou des « envoûtements », comme il en existe dans certains rituels religieux, où ces comportements sont encouragés et attendus, ne justifient pas un diagnostic de Trouble de conversion, sauf si le symptôme va nettement au-delà de ce qui est attendu dans ce contexte et s'il est à l'origine soit d'une souffrance soit d'une altération du fonctionnement injustifiés. Dans « l'hystérie épidémique », un groupe limité d'individus partage les mêmes symptômes après « exposition » à un facteur précipitant commun. C'est seulement si chaque individu éprouve une souffrance cliniquement significative ou une altération de son fonctionnement, qu'il faut faire le diagnostic de Trouble de conversion.

Sous-types

Les sous-types suivants sont fondés sur la nature des symptômes ou des déficits :

F44.4 Avec symptôme ou déficit moteur. Ce sous-type comporte des symptômes tel qu'un trouble de la coordination ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, des difficultés de déglutition ou une « boule dans la gorge », une aphonie et une rétention urinaire.

F44.6 Avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel. Ce sous-type comporte des symptômes tels qu'une perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité et des hallucinations.

F44.5 Avec des crises épileptiques ou des convulsions. Ce sous-type comporte des crises épileptiques ou des crises comitiales avec des manifestations motrices ou sensitives.

F44.7 Avec présentation mixte. Ce sous-type est utilisé s'il existe ries symptômes de plusieurs catégories.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. On peut constater chez les individus présentant des symptômes rie conversion une « belle indifférence »[2] (c.-à-d. qu'ils sont relativement peu concernés par la nature ou les conséquences des symptômes) ou bien, aussi, une attitude dramatique ou histrionique. Ces individus étant souvent suggestibles, leurs symptômes peuvent se modifier ou disparaître sous l'influence de facteurs extérieurs ; toutefois, il faut prendre garde que cela n'est pas propre au trouble de conversion et peut s'observer également dans les affections médicales générales. Les symptômes sont peut être plus répandus dans les suites de stress psychosociaux extrêmes (p. ex., une guerre ou la disparition récente d'une personnalité marquante). Une attitude de dépendance et l'adoption d'un rôle de malade peuvent être favorisées au cours du traitement. D'autres plaintes somatiques qui ne sont pas des manifestations de conversion sont fréquentes. Les troubles mentaux le plus souvent associés sont les Troubles dissociatifs, le Trouble dépressif majeur et les Troubles de la personnalité histrionique, antisociale, borderline et dépendante.

Examens complémentaires. Il n'existe aucune anomalie spécifique associée au Trouble de conversion. C'est même l'absence d'anomalie aux examens complémentaires qui suggère et confirme le diagnostic de Trouble de conversion. Toutefois des résultats d'examens complémentaires compatibles avec une affection médicale générale n'excluent pas le diagnostic de Trouble de conversion puisque celui- ci suppose seulement qu'un symptôme ne soit pas complètement expliqué par cette affection.

Examen physique et affections médicales générales associées. Typiquement, les symptômes du Trouble de conversion ne respectent pas les voies anatomiques et les mécanismes physiologiques connus. Aussi, les signes objectifs que l'on pourrait attendre (p. ex., des anomalies des réflexes ostéo-tendineux) sont-ils rarement présents. Cependant, le sujet peut présenter des symptômes ressemblant à ceux qu'il a observés chez les autres ou sur lui-même (p. ex., des individus épileptiques peuvent imiter les crises qu'ils ont observées chez d'autres ou bien leurs propres crises, telles qu'on les leur a décrites). En général, les conséquences des symptômes de conversion sont limitées et ne conduisent pas à de véritables altérations ou à des incapacités physiques. Plus rarement, la non-utilisation d'une fonction ou d'une partie du corps ou bien les procédures diagnostiques ou thérapeutiques entraînent une altération physique comme une atrophie ou des contractures. Il est important de rappeler, toutefois, que des symptômes de conversion peuvent apparaître chez des individus atteints rie maladies neurologiques.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

On a signalé la plus grande fréquence du Trouble de conversion dans les populations rurales, chez les individus rie niveau socio-économique inférieur et chez les individus

2. En français dans le texte (N.d.T.).

peu informés des domaines médicaux et psychologiques. Des taux plus élevés de symptômes de conversion sont rapportés dans les régions en voie de développement, l'incidence diminuant généralement avec le niveau de développement. Tomber en perdant connaissance ou avec une altération de la conscience est un symptôme qui fait partie de nombreux syndromes spécifiques de cultures variées. La forme que prennent les symptômes de conversion reflète les conceptions culturelles locales concernant les moyens acceptables et convaincants d'exprimer sa souffrance. Des états ou des comportements ressemblant à des symptômes de conversion (ou bien à des symptômes dissociatifs) font partie de certains rituels religieux ou de guérisseurs, qui sont consacrés par la culture traditionnelle. Le clinicien doit apprécier si ces symptômes s'expliquent parfaitement dans un contexte social particulier et s'ils sont à l'origine d'une souffrance, d'une incapacité ou d'une déficience, cliniquement significatives.

Chez l'enfant de moins de dix ans, les symptômes de conversion sont habituellement limités à (les troubles de la marche ou à des crises « convulsives ». 1.e Trouble (le conversion semble plus fréquent chez la femme que chez l'homme, le sex- ratio variant de 2 : 1 à 10 : 1. Les symptômes sont beaucoup plus souvent situés du côté gauche que du côté droit (lu corps, surtout chez la femme. Les femmes (plus rarement les hommes) avant des symptômes de conversion peuvent présenter ultérieurement un tableau clinique complet du Trouble somatisation. L'association à la Personnalité antisociale est très répandue, surtout chez l'homme. Il existe chez l'homme une association entre le Trouble conversion et la Personnalité antisociale. Chez l'homme encore, le Trouble de conversion est souvent observé dans un contexte (l'accidents de travail, à l'usine ou à l'armée. Il doit être distingué soigneusement de la Simulation.

Prévalence

Des taux très variables (lu Trouble de conversion ont été rapportés, entre 11/100 000 et 500/100 000 dans la population générale. Il a été signalé chez près de 3 % des malades ambulatoires adressés à des centres de santé mentale. Les études de patients hospitalisés en médecine et en chirurgie générales ont trouvé une fréquence de symptômes de conversion de 1 à 14 %.

Évolution

Le début du Trouble de conversion se situe en général entre la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte, rarement avant 10 ans ou après 35 ans, mais des débuts très tardifs, dans la neuvième décennie de la vie, ont été signalés. Lorsqu'un trouble de conversion apparaît pour la première fois à la cinquantaine ou plus tard, la probabilité de maladie neurologique ou d'une autre affection médicale générale, passée inaperçue, est élevée. Le début d'un trouble (le conversion est en général aigu, mais on observe aussi (les cas où la symptomatologie est (l'intensité progressivement croissante. Typiquement, chaque symptôme (le conversion a une durée brève. Chez les malades hospitalisés présentant des symptômes de conversion, ceux-ci s'amendent le plus souvent en deux semaines. Les récidives sont fréquentes, survenant dans un cinquième à un quart (les cas au cours de la première année, une seule récidive annonçant des épisodes futurs. Les facteurs de bon pronostic sont un début aigu, la présence (le facteurs de stress clairement identifiables au moment de l'apparition des symptômes, un intervalle de temps court entre l'apparition (lu trouble et l'instauration du traitement

et une intelligence supérieure à la moyenne. Les paralysies, l'aphonie et la cécité sont de bon pronostic alors que les tremblements et les crises convulsives ne le sont pas.

Aspects familiaux

Des données en nombre limité suggèrent que les symptômes de conversion sont plus fréquents chez les parents des individus ayant un Trouble de conversion. Un risque accru de Trouble de conversion a été signalé chez les jumeaux monozygotes mais pas chez les jumeaux dizygotes.

Diagnostic différentiel

Le problème diagnostique le plus important dans l'évaluation de symptômes de conversion potentiels consiste à éliminer des **maladies neurologiques** ou **d'autres affections médicales générales inapparentes** ainsi que des **étiologies en relation avec diverses substances, notamment médicamenteuses.** Le bilan approprié d'éventuelles affections médicales générales (p. ex., sclérose en plaques, myasthénie) doit comporter l'examen attentif du tableau actuel, une anamnèse médicale complète, un examen physique neurologique et général, des examens complémentaires appropriés dont la recherche de la prise d'alcool et d'autres substances.

Le diagnostic de **Trouble douloureux** ou de **Dysfonction sexuelle** doit être fait à la place de celui de Trouble de conversion lorsque les symptômes sont respectivement limités à une douleur ou à une dysfonction sexuelle. Il ne faut pas porter le diagnostic de trouble de conversion si les symptômes de conversion n'apparaissent que pendant l'évolution d'un **Trouble somatisation.** On ne porte pas le diagnostic de trouble de conversion si les symptômes sont mieux expliqués par un **autre trouble mental** (p. ex., des symptômes catatoniques ou des idées délirantes à thème somatique dans la **Schizophrénie,** d'autres **Troubles psychotiques** ou les **Troubles de l'humeur,** ou bien à une difficulté de déglutition au cours d'une **Attaque de panique).** Dans l'**Hypocondrie,** l'individu est préoccupé par la « maladie grave » à l'origine des symptômes pseudo-neurologiques, alors que clans le trouble de conversion il se concentre sur les symptômes apparents et il peut même montrer une *belle indifférence.* Dans le trouble : **Peur d'une dysmorphie corporelle,** il y a au premier plan une préoccupation concernant un défaut léger ou imaginaire de l'apparence physique et non une altération de la motricité volontaire ou de la sensibilité. Le Trouble de conversion et les **Troubles dissociatifs** ont des caractéristiques communes. Tous cieux comportent des symptômes qui évoquent un dysfonctionnement neurologique. Certains antécédents peuvent également être communs. Lorsque des symptômes de conversion et des symptômes dissociatifs sont conjointement présents chez un individu (ce qui est courant), il faut porter les deux diagnostics.

Le fait qu'un Trouble de conversion puisse se manifester par des hallucinations (« pseudo-hallucinations ») est controversé. Les hallucinations du Trouble de conversion ont des particularités telles qu'on peut les distinguer des **hallucinations qui surviennent dans le contexte de Troubles psychotiques** (p. ex., la Schizophrénie ou un autre Trouble psychotique, un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, un Trouble lié à une substance ou un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques) : elles sont ressenties comme pathologiques, ne s'accompagnent d'aucun autre symptôme psychotique, elles concernent souvent plusieurs modalités sensorielles (p. ex., hallucination à composante à la fois visuelle, auditive et tactile) ;

enfin elles ont fréquemment un contenu naïf, fantastique ou puéril. Elles sont souvent riches *de* significations psychologiques et le sujet a tendance à les décrire comme s'il s'agissait d'histoires intéressantes.

Les symptômes des **Troubles factices** et de la **Simulation** sont produits intentionnellement ou feints. Dans le Trouble factice, la motivation est de jouer le rôle de malade et de se faire prescrire un bilan médical et un traitement, alors que dans la Simulation le sujet a des objectifs plus évidents, comme être indemnisé financièrement, éviter d'accomplir une obligation, fuir des poursuites judiciaires, ou se procurer de la drogue. Ces objectifs peuvent ressembler aux « bénéfices secondaires » des symptômes de conversion. La différence est qu'il n'y a pas dans le Trouble de conversion d'intention consciente de produire le symptôme.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 considère la conversion comme un type de Trouble dissociatif et comporte des critères diagnostiques séparés pour les Troubles moteurs dissociatifs, les convulsions dissociatives et l'Anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles dans une section qui comporte aussi l'Amnésie dissociative et la Fugue dissociative.

Critères diagnostiques du F44.x [300.111 Trouble de conversion

A. Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.

B. On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs (le stress.

C. Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).

D. Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par les effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés.

E. Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F44.x [300.11] Trouble de conversion** *(suite)*

F. Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou à une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier le type de symptôme ou de déficit :

.4 Avec symptôme ou déficit moteur
.6 Avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel
.5 Avec des crises ou des convulsions
.7 Avec présentation mixte

F45.4 Trouble douloureux

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble douloureux est une douleur au centre du tableau clinique, d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique (Critère A). La douleur est à l'origine d'une souffrance ou d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). On estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle significatif clans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation, ou la persistance de la douleur (Critère C). La douleur n'est pas produite intentionnellement ou feinte comme clans le Trouble factice ou la Simulation (Critère D). On ne fait pas le diagnostic de Trouble douloureux si la douleur est mieux expliquée par un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux ou psychotique, ou si la douleur répond aux critères de la Dyspareunie (Critère E). Le retentissement de la douleur peut consister par exemple en une incapacité à travailler ou à aller à l'école, en un recours fréquent aux systèmes de soins, en une focalisation exclusive de la vie du sujet sur la douleur, en une prise substantielle de médicaments, et en des problèmes relationnels tels que dissensions conjugales et perturbations du mode de vie familial. Les facteurs psychologiques impliqués peuvent consister en un autre trouble de l'Axe I ou de l'Axe II (qui serait alors diagnostiqué lui aussi) ou bien ne pas atteindre le seuil d'un trouble de l'Axe I ou II (p. ex., des réactions à des facteurs de stress psychosociaux).

Sous-types et spécifications

Le trouble douloureux est codé par sous-types en fonction des facteurs les plus impliqués dans l'étiologie et le maintien de la douleur :

Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. Ce sous-type est utilisé lorsqu'on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la

douleur. Dans ce sous-type, les affections médicales ne jouent aucun rôle ou bien jouent un rôle minime dans le déclenchement ou la persistance de la douleur. On ne fait pas le diagnostic de sous-type si le tableau clinique répond aux critères diagnostiques du Trouble somatisation.

Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. Ce sous-type est utilisé lorsqu'on estime que des facteurs psychologiques autant qu'une affection médicale générale jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. Il faut coder la localisation anatomique de la douleur ou l'affection médicale générale associée sur l'Axe III (voir « Procédures d'enregistrement »).

Trouble douloureux associé à une affection médicale générale. Ce sous-type de Trouble douloureux *n'est pas considéré comme un trouble mental et est codé sur l'Axe M.* Il ne figure dans ce chapitre que pour faciliter le diagnostic différentiel. D'une part la douleur y est la conséquence d'une affection médicale générale ; d'autre part on estime que les facteurs psychologiques ne jouent aucun rôle ou bien jouent un rôle minime dans le déclenchement ou la persistance de la douleur. Le code diagnostique CIM-9-MC pour ce sous-type dépend de la localisation de la douleur ou de l'affection médicale générale associée, si elle a été mise en évidence (voir « Procédures d'enregistrement »).

Pour le Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et pour le Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, les spécifications suivantes peuvent être indiquées à propos de la durée du symptôme douloureux :

Aigu. Cette spécification est utilisée lorsque la durée est inférieure à 6 mois.

Chronique. Cette spécification est utilisée lorsque la durée est de 6 mois ou plus.

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique du Trouble douloureux est établi à partir des sous-types décrits ci-dessus. Le code est F45.4 [307.80] pour le Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. Pour le Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, on code 307.89 sur l'Axe I, et l'affection médicale générale associée ou la localisation anatomique de la douleur sur l'Axe III (p. ex., 307.89 Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale sur l'Axe I ; 357.2 Polyneuropathie diabétique sur l'Axe 111). Pour le Trouble douloureux associé à une affection médicale générale, le code diagnostique rie la douleur dépend de l'affection médicale associée si elle a été mise en évidence (voir Annexe G) ou de la localisation anatomique rie la douleur si l'on n'a pas établi clairement quelle était l'affection médicale générale sous-jacente p. ex., M54,5 [724.2] région lombaire, M54.3 [724.3] sciatique, R10.2 [625.9] région pelvienne, R51 [784.0] céphalée, R51 [784.0] face, R07.4 [786.50] poitrine, M25.5 [719.4] articulation, M89.8 [733.90] os, R10.4 [789.0] abdomen, N64.4 [611.71] seins, N23 [788.0] reins, H92.0 [388.70] oreille, H57.1 [379.91] yeux, R07.0 [784.1] gorge, K08.8 [525.9] dents et N23 [788.01 appareil urinaire.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. La douleur peut perturber gravement la vie quotidienne, à plusieurs niveaux. Chômage, incapacité et problèmes familiaux sont fréquents chez les individus souffrant de formes chroniques du Trouble douloureux. Une Dépendance aux opiacés ou un Abus d'opiacés iatrogènes, une Dépendance aux benzodiazépines ou un Abus de benzodiazépines iatrogènes peuvent se développer. Des antécédents de Dépendance ou d'Abus d'une substance, que ce soit avec une drogue illicite ou avec un médicament prescrit, augmentent le risque d'apparition d'une Dépendance ou de l'Abus d'une substance contrôlée prescrite pour soulager la douleur. Cependant, ce risque existe également chez des sujets indemnes d'antécédents de Dépendance ou d'Abus d'une substance. Jusqu'à un quart des individus recevant une prescription d'opioïdes pour traiter une douleur chronique présentent une Dépendance ou un Abus. Il est possible de limiter le risque d'apparition d'une Dépendance à une substance iatrogène en s'assurant que la douleur a été suffisamment explorée pour éliminer une étiologie curable ; que, si d'autres troubles mentaux sont présents, ils sont correctement traités ; que la prescription est faite par un seul médecin plutôt que le sujet se fournisse à plusieurs sources. Une dépendance ou un Abus de substance (surtout avec l'alcool) peut compliquer l'évolution d'un Trouble douloureux chez près d'un quart des sujets souffrant d'une douleur chronique.

Il semble y avoir une augmentation du risque suicidaire chez les sujets dont la douleur est associée à une dépression grave et chez ceux dont la douleur est en relation avec une maladie en phase terminale, en particulier le cancer. Les individus souffrant d'une douleur aiguë ou chronique récurrente sont convaincus parfois qu'il existe quelque part un médecin ou un autre thérapeute qui détient « le remède » à cette douleur. Ils peuvent consacrer énormément de temps et d'argent à poursuivre ainsi un objectif inaccessible. Les professionnels de la santé peuvent involontairement encourager ce type de comportement.

La douleur peut conduire à l'inactivité et à l'isolement social qui, à leur tour, entraînent des problèmes psychologiques supplémentaires (p. ex., la dépression) et une diminution de la résistance physique qui provoque fatigue et augmentation de la douleur. Le Trouble douloureux parait fréquemment associé à d'autres troubles mentaux, en particulier les Troubles anxieux et les Troubles de l'humeur. La douleur chronique semble le plus souvent associée à des Troubles dépressifs, tandis que la douleur aiguë apparaît plus habituellement associée à des Troubles anxieux. Les troubles mentaux associés peuvent précéder le Trouble douloureux (et peut-être y prédisposer), lui être contemporains ou en être la conséquence. Les formes aiguës et chroniques de Trouble douloureux sont fréquemment associées à de l'insomnie. Les troubles du sommeil rencontrés fréquemment chez les sujets souffrant de douleur chronique sont un retard à l'endormissement, des réveils nocturnes multiples, une impression de sommeil non réparateur, et une réduction de la durée du sommeil. Les Troubles du sommeil comme les apnées obstructives ou les myoclonies nocturnes sont plus fréquents chez les sujets souffrant d'une douleur chronique que clans la population générale.

Examens complémentaires. Dans le trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, les examens complémentaires appropriés peuvent révéler la pathologie associée à la douleur (p. ex., découverte d'une hernie discale lombaire à l'imagerie par résonance magnétique [MM] chez un individu souffrant *de* douleurs radiculaires et du bas du clos). Toutefois, une affection

médicale générale peut exister en l'absence d'anomalies objectives aux examens complémentaires. De même, la présence de telles anomalies peut être sans rapport avec la douleur.

Examen physique et affections médicales générales associés. Dans le Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, l'examen physique peut révéler la pathologie associée à la douleur. Le Trouble douloureux peut être associé à de nombreuses affections médicales générales. Parmi les affections médicales générales le plus souvent associées à la douleur figurent des maladies musculaires et squelettiques variées (p. ex., hernie discale, ostéoporose, ostéoarthrite ou polyarthrite rhumatoïde, syndromes musculo-faciaux), les neuropathies (p. ex., neuropathie diabétique, névralgie postherpétique) et les tumeurs malignes (p. ex., métastases osseuses, infiltration tumorale des nerfs). Les tentatives de traitement de la douleur peuvent créer des troubles supplémentaires dont certains sont à l'origine de nouvelles douleurs (p. ex., souffrance gastro-intestinale résultant de l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, utilisation excessive d'acétaminophène à l'origine d'une maladie hépatique, adhérences postopératoires).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La réponse aux stimulus douloureux et la façon d'exprimer la réaction à la douleur peuvent varier selon les caractéristiques ethniques et culturelles. Cependant, ces facteurs sont de peu d'utilité aussi bien pour l'évaluation que pour les soins des individus souffrant d'un Trouble douloureux, tant les variations individuelles sont déjà importantes.

Le Trouble douloureux peut survenir à tout âge. Certaines douleurs chroniques, en particulier les migraines, les céphalées de tension et les douleurs musculo-squelettiques, semblent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Prévalence

Les douleurs à l'origine d'une souffrance importante ou d'une altération du fonctionnement sont très répandues. Ainsi, on estime qu'aux États-unis, chaque année 10 à 15 % des adultes ont, d'une façon ou d'une autre, une incapacité de travail due uniquement à des douleurs dorsales (une partie d'entre eux seulement présentant un Trouble douloureux). Toutefois, la prévalence exacte du Trouble douloureux n'est pas connue. Le Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale semble relativement fréquent dans certains contextes cliniques, en particulier ceux où la douleur est un problème important (p. ex., les cliniques de la douleur, les consultations de psychiatrie à l'hôpital général). Le Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques semble beaucoup moins fréquent.

Évolution

La plupart des douleurs aiguës disparaissent en des temps relativement courts. Il y a une grande variabilité dans le mode de début des douleurs chroniques, bien qu'il semble que plus une douleur aiguë dure longtemps, plus elle risque de se transformer en une douleur chronique et persistante. Dans la plupart des cas, la douleur dure déjà depuis de nombreuses années au moment où le sujet consulte pour la première fois

en psychiatrie. Certains facteurs paraissent favoriser le rétablissement après un Trouble douloureux : la reconnaissance de la douleur par le sujet ; le renoncement aux efforts improductifs pour contrôler la douleur ; la participation du sujet à des activités programmées et régulières (comme le travail) malgré la douleur ; le degré de soulagement de la douleur ; la reconnaissance et le traitement des troubles mentaux comorbides ; l'adaptation psychologique du sujet à une maladie chronique et son refus de laisser la douleur déterminer son mode de vie. Le pronostic est d'autant plus mauvais que le nombre de localisations douloureuses est important et que les symptômes médicaux autres que la douleur sont nombreux.

Aspects familiaux

Les Troubles dépressifs, la Dépendance à l'alcool et la douleur chronique pourraient être plus fréquents chez les parents biologiques du premier degré des individus souffrant d'un Trouble douloureux chronique.

Diagnostic différentiel

Les symptômes douloureux font partie des critères diagnostiques du **Trouble somatisation.** Lorsqu'une douleur associée à des facteurs psychologiques survient exclusivement au cours d'un Trouble somatisation on ne fait pas un diagnostic supplémentaire de Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. De même si la douleur, de par ses caractéristiques, répond aux critères de la **Dyspareunie** (c.-à-d. une douleur associée aux relations sexuelles), on ne fait pas un diagnostic supplémentaire de Trouble douloureux. Des plaintes douloureuses peuvent être au premier plan chez des individus souffrant de **Trouble de conversion,** mais, par définition, le Trouble de conversion ne peut pas se limiter à des symptômes douloureux. Les symptômes douloureux font partie des caractéristiques associées habituelles **d'autres troubles mentaux** (p. ex., les Troubles dépressifs, les Troubles anxieux, les Troubles psychotiques). Il convient d'évoquer un diagnostic supplémentaire de Trouble douloureux seulement si la douleur justifie une prise en charge médicale indépendamment de tout autre symptôme, si elle est à l'origine d'une souffrance ou d'une altération cliniquement significative du fonctionnement et si elle a plus d'importance qu'elle n'en a généralement dans ces autres troubles mentaux.

Les symptômes douloureux peuvent être produits intentionnellement ou feints dans le **Trouble factice** ou la **Simulation.** Dans le Trouble factice, la motivation est de jouer le rôle de malade et de se faire prescrire un bilan médical et un traitement, alors que dans la simulation le sujet a des objectifs plus évidents, comme être indemnisé financièrement, échapper à une obligation en relation avec le service militaire ou bien avec une peine d'incarcération, fuir des poursuites judiciaires ou se procurer de la drogue.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Dans les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10, la douleur doit durer au moins 6 mois et ne doit pas être « expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique ». Le DSM-IV en revanche n'oblige pas le clinicien à se prononcer sur ce point très difficile ; il requiert cependant la contribution de facteurs

psychologiques. Dans la CIM-10, ce trouble est dénommé Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Relation avec la Taxinomie proposée par l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur

La sous-commission de Taxinomie de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur a proposé un système en cinq axes pour classer les douleurs chroniques selon I) la région anatomique, II) l'appareil ou le système fonctionnel, III) les caractéristiques temporelles de la douleur et son mode de survenue, IV) ce que dit le malade de l'intensité de la douleur et de son ancienneté et V) l'étiologie. Ce système en cinq axes est centré principalement sur les manifestations physiques de la douleur. Des observations sur les facteurs psychologiques peuvent être mentionnées à la fois sur le second axe où la participation d'un trouble mental peut être codée et sur le cinquième axe où figurent les étiologies « psychophysiologiques » et « psychologiques ».

Critères diagnostiques du F45.4 Trouble douloureux

A. Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique.

B. La douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. On estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

D. Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).

E. La douleur n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux ou un Trouble psychotique et ne répond pas aux critères de la Dyspareunie.

Coder comme suit :

[307.80] Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques : on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. (S'il existe une affection médicale générale concomitante, elle ne doit pas jouer un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation, ou la persistance de la douleur.) On ne fait pas le diagnostic de ce type de Trouble douloureux si les critères d'un Trouble somatisation sont également réunis.

(suite)

□ Critères diagnostiques du F45.4 Trouble douloureux
(suite)

Spécifier si :
Aigu : durée inférieure à 6 mois
Chronique : durée de 6 mois ou plus

[307.89] Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale : On estime que des facteurs psychologiques et une affection médicale générale jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation, ou la persistance de la douleur. Coder l'affection médicale associée ou la localisation anatomique de la douleur sur l'Axe 111 (voir ci-dessous).

Spécifier si :
Aigu : durée inférieure à 6 mois
Chronique : durée de 6 mois Ou plus.

N.-B. : Le Trouble suivant n'est sas considéré comme un Trouble mental et ne figure ici que pour faciliter le diagnostic' différentiel.

Trouble douloureux associé à une affection médicale générale : une affection médicale générale joue un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. (S'il existe des facteurs psychologiques concomitants, on estime qu'ils ne jouent pas un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur). Le code diagnostique rie la douleur dépend de l'affection médicale générale associée si elle a été identifiée (voir Annexe G) ou de la localisation anatomique de la douleur si l'on a pas clairement établi le diagnostic de l'affection médicale générale sous-jacente — p. ex., M54.5 [724.2] région lombaire, M54.3 [724.3] sciatique, R10.2 [625.9] région pelvienne, R51 [784.0] céphalée, R51 [784.0] face, R07.4 [786.50] poitrine, M15.5 [719.4] articulation, M89.8 [733.901 os, R10.4 [789.0] abdomen, N64.4 [611.711 seins, N23 [788.0] reins, H92.0 1388.70] oreille, 1157.1 [379.91] yeux, R07.0 [784.1] gorge, K08.8 (525.9] dents, et N23 [788.01 urinaire.

F45.2 [300.7] Hypocondrie

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Hypocondrie est une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée d'un ou rie plusieurs signes ou symptômes physiques (Critère A). Un examen médical approfondi n'identifie aucune affection médicale générale qui puisse expliquer complè-

tement soit l'inquiétude du sujet à propos île cette maladie, soit les signes ou les symptômes physiques (bien qu'une affection médicale générale puisse exister). La peur ou l'idée injustifiée d'avoir une maladie persiste malgré l'attitude et les propos rassurants des médecins (Critère B). Mais la croyance ne revêt pas une intensité délirante (c.-à-d. que le sujet peut admettre la possibilité qu'il soit exagérément préoccupé par la maladie redoutée ou même qu'il n'y ait pas de maladie du tout). La croyance ne se limite pas non plus à une préoccupation centrée sur l'apparence comme dans le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle (Critère C). La préoccupation concernant les symptômes physiques est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère D) et se prolonge au moins 6 mois (Critère E). La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une Anxiété généralisée, un Trouble obsessionnel-compulsif, un Trouble panique, un Épisode dépressif majeur, une Anxiété de séparation ou un autre Trouble somatoforme (Critère F).

Dans l'hypocondrie, la préoccupation peut concerner soit certaines fonctions corporelles (p. ex., les battements cardiaques, la transpiration, le transit digestif), soit des perturbations physiques mineures (p. ex., une petite plaie ou une toux occasionnelle), soit (les sensations physiques vagues et ambiguës (p. ex., le « coeur fatigué », les « veines douloureuses »). Le sujet attribue ces signes ou symptômes à la maladie qu'il soupçonne et il est très inquiet de leur signification, de leur authenticité et de leur étiologie. L'inquiétude peut concerner plusieurs systèmes fonctionnels de l'organisme, successivement ou simultanément. Sinon, la préoccupation peut être centrée sur un organe spécifique ou sur une maladie particulière (p. ex., la peur d'avoir une maladie cardiaque). Les examens cliniques et complémentaires répétés, l'attitude et les propos rassurants du médecin ne parviennent guère à soulager l'inquiétude d'avoir une maladie physique ou à apaiser la détresse. Ainsi, un individu qui pense avoir une maladie cardiaque ne sera pas rassuré par l'absence d'anomalies retrouvées même plusieurs fois à l'examen physique, à l'électrocardiogramme, voire à l'angiographie cardiaque. Les personnes souffrant d'Hypocondrie peuvent s'alarmer s'ils font des lectures à propos de maladies ou s'ils en entendent parler, s'ils connaissent quelqu'un qui tombe malade, ou bien à chaque observation qu'ils font sur leur propre corps, à chaque sensation qu'ils éprouvent, à chaque petit « événement » corporel. La préoccupation d'avoir une certaine maladie devient un élément central de l'image que le sujet a de lui-même, de ses conversations avec les autres et sa réponse aux stress de l'existence.

Spécification

Avec peu de prise de conscience. Cette spécification est utilisée si la plupart du temps au cours de l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que sa préoccupation d'avoir une maladie grave est excessive ou déraisonnable.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. La peur de vieillir et la peur de la mort sont fréquentes. Bien que les sujets présentant une Hypochondrie accordent une place très importante à la santé physique, leurs habitudes de vie (p. ex., en ce qui concerne l'alimentation, l'exercice physique, le tabac) ne sont pas plus saines que celles des sujets qui n'ont pas ce trouble. Les antécédents médicaux sont souvent exposés

clans les moindres détails, et « en long et en large » par les malades présentant une Hypocondrie. Il existe souvent une surconsommation médicale et une détérioration des relations médecin-malade, génératrice, pour les deux parties, de frustration et de colère. Les individus présentant ce trouble pensent souvent qu'ils ne sont pas correctement soignés et peuvent résister avec acharnement lorsqu'on veut les adresser à des centres de soins psychiatriques. Des complications peuvent survenir suite à des investigations diagnostiques répétées qui comportent leurs propres risques et qui sont coûteuses. A l'opposé, comme ces sujets se plaignent depuis longtemps de symptômes somatiques pour lesquels une cause organique n'a jamais été retrouvée, le bilan qui leur est prescrit peut être trop succinct et une réelle affection médicale générale peut être méconnue. Les relations sociales deviennent tendues parce que l'individu souffrant d'Hypocondrie est préoccupé par son état et attend souvent des autres une considération et un traitement particuliers. La vie familiale peut être perturbée si elle s'organise exclusivement autour du bien-être physique de l'individu. Le fonctionnement professionnel peut être préservé si la préoccupation hypochondriaque est limitée aux heures où le sujet ne travaille pas. Plus fréquemment, la préoccupation interfère avec le fonctionnement professionnel et elle est responsable d'absentéisme. Dans les cas les plus sévères, l'individu souffrant d'hypochondrie peut devenir complètement invalide.

Il existe une association entre l'Hypocondrie et la survenue de maladies graves, en particulier dans l'enfance, et avec l'expérience d'une maladie chez un membre de la famille dans le passé. Des facteurs de stress psychosociaux, en particulier la mort d'un être proche, pourraient précipiter clans certains cas l'Hypocondrie. Les individus atteints d'Hypocondrie souffrent fréquemment d'autres troubles mentaux (surtout de Troubles anxieux, dépressifs, et d'autres Troubles somatoformes).

Examens complémentaires. Les résultats des examens complémentaires ne confirment pas les inquiétudes du sujet.

Examen physique et affections médicales générales associées. L'examen physique ne confirme pas les inquiétudes du sujet.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

C'est en fonction du milieu culturel d'un individu et des modèles explicatifs dont il dispose qu'il convient de juger si la persistance de la préoccupation hypocondriaque est déraisonnable malgré une évaluation médicale appropriée et rassurante. Le diagnostic d'Hypocondrie doit être porté avec circonspection si les idées du sujet concernant sa « maladie » ont pu être renforcées par des guérisseurs traditionnels, lesquels peuvent être en désaccord avec les conclusions rassurantes des évaluations médicales. Les chiffres de prévalence selon l'âge et le sexe varient selon les études, mais le trouble peut se manifester tout au long de la vie à la fois chez l'homme et la femme.

Prévalence

La prévalence de l'Hypocondrie clans la population générale est de 1 à 5 %. Chez les patients ambulatoires en médecine générale, les estimations de prévalence actuelle vont de 2 à 7 %.

Évolution

L'hypocondrie peut commencer à tout âge, les débuts les plus fréquents étant observés chez l'adulte jeune. L'évolution est habituellement chronique avec des fluctuations dans l'intensité des symptômes ; mais une guérison complète survient parfois. Il semble qu'un début aigu, une durée courte, des symptômes hypochondriaques légers, une comorbidité médicale générale, l'absence de Trouble de la personnalité et l'absence de bénéfices secondaires soient des facteurs de bon pronostic. En raison de sa chronicité, certains auteurs considèrent que ce trouble possède, en fait, surtout, des caractéristiques à type de « traits » la permanence d'une préoccupation centrée sur des plaintes somatiques et d'une focalisation sur des symptômes somatiques).

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel le plus important de l'Hypocondrie concerne la possibilité d'une **affection médicale générale** sous-jacente, comme une affection neurologique à ses premiers stades (p. ex., une sclérose en plaques ou une myasthénie), une affection endocrinienne (p. ex., une maladie de la thyroïde ou des parathyroïdes), une maladie polysystémique (p. ex., un lupus érythémateux disséminé), et des tumeurs malignes non détectées. Bien que la présence d'une affection médicale générale n'élimine pas la possibilité d'une hypocondrie associée, l'existence de préoccupations transitoires en rapport avec une affection médicale générale ne suffit pas à porter le diagnostic de Trouble hypocondriaque. Les **symptômes somatiques** (p. ex., les douleurs abdominales) sont fréquents chez **l'enfant** et ne doivent pas entraîner le diagnostic d'Hypocondrie, sauf si l'enfant est préoccupé de façon prolongée par l'idée qu'il a une maladie grave. Les préoccupations corporelles et la crainte d'un affaiblissement de l'organisme peuvent être fréquentes chez les personnes âgées. Toutefois, lorsque apparaissent des **inquiétudes concernant la santé** chez une personne âgée, il est probable soit qu'elles sont liées à une maladie réelle soit qu'elles traduisent un Trouble de l'humeur et non une Hypocondrie.

Bien d'autres Troubles peuvent être caractérisés par des préoccupations sur la santé ou la maladie. Il ne faut pas porter le diagnostic d'Hypochondrie si les préoccupations du sujet sur sa santé s'expliquent mieux par l'un de ces Troubles. Ainsi, les sujets présentant une **Anxiété généralisée** s'inquiètent de nombreux événements et activités et ils peuvent notamment s'inquiéter d'avoir une maladie. Il ne faut envisager un diagnostic séparé d'Hypochondrie que si la préoccupation d'avoir une maladie est le souci principal du sujet. **L'Episode dépressif majeur** peut comporter des inquiétudes excessives à propos de la santé physique. Il ne faut pas porter un diagnostic séparé d'Hypochondrie si ces inquiétudes n'apparaissent qu'au cours des Episodes dépressifs majeurs. Cependant, la dépression survient souvent secondairement à l'Hypochondrie, auquel cas l'Hypochondrie doit être également diagnostiquée.

Il peut exister dans l'Hypocondrie des pensées envahissantes à propos d'une maladie et aussi des comportements compulsifs (p. ex., les sujets peuvent demander de façon répétée à être rassurés). Un diagnostic séparé de Trouble obsessionnel-compulsif n'est justifié que si les obsessions et compulsions ne sont pas limitées à des inquiétudes concernant la santé (p. ex., vérifications de la fermeture des serrures). Parfois, les sujets souffrant d'Hypochondrie présentent des Attaques de panique qui sont déclenchées par les préoccupations hypochondriaques. Un diagnostic séparé de **Trouble panique** ne doit être porté que si surviennent aussi des Attaques de panique

inattendues et récurrentes. Dans le **Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle,** la préoccupation du sujet est limitée à son apparence physique. Dans les **phobies spécifiques** des maladies, l'individu a peur d'être exposé à la maladie ou de la développer alors que dans l'Hypocondrie, il est préoccupé par l'idée qu'il a cette maladie.

Dans l'Hypocondrie, la conviction d'avoir une maladie n'atteint pas un niveau délirant (c.-à-d. que l'individu est capable d'envisager la possibilité qu'il n'a pas la maladie qu'il redoute), à la différence des idées délirantes à thèmes somatiques que l'on peut rencontrer dans les **Troubles psychotiques** (p. ex., la Schizophrénie, le Trouble délirant, type somatique et le Trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Il y a dans la CIM-10 un ensemble de critères diagnostiques qui s'applique à la fois à l'hypocondrie et au Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle (sous la rubrique Trouble hypocondriaque). Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour l'hypocondrie précisent que la croyance hypocondriaque doit concerner « au plus deux maladies somatiques sérieuses » et requiert que l'une au moins *de* ces maladies soit « désignée par le patient ».

• Critères diagnostiques de F45.2 1300.71 L'Hypocondrie

A. Préoccupation centrée sur la crainte Ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.

B. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.

C. La croyance exposée dans le Critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le Trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle).

D. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.

F. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une Anxiété généralisée, un Trouble obsessionnel-compulsif, un Trouble panique, un Épisode dépressif majeur, une Angoisse *de* séparation ou un autre Trouble somatoforme.

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F45.2 [300.71 L'Hypocondrie
(suite)

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps au cours de l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que sa préoccupation concernant le fait d'avoir une maladie grave est excessive ou déraisonnable.

F45.2 [300.7] Trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle (connu historiquement comme « dysmorphophobie ») est une préoccupation concernant un défaut de l'apparence physique (Critère A). Le défaut peut être imaginaire ; si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée (Critère A). La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., l'Anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps) (Critère C).

Les plaintes concernent généralement des imperfections du visage ou de la tête : cheveux clairsemés, acné, rides, cicatrices, artères ou veines apparentes, pâleur ou rougeur du teint, gonflement, asymétrie faciale ou disproportion des traits, pilosité excessive. La forme, les dimensions ou d'autres caractéristiques du nez, des yeux, des paupières, des sourcils, des oreilles, de la bouche, des lèvres, des dents, de la mâchoire, du menton, des joues, ou de la tête sont d'autres préoccupations répandues. Toutefois, n'importe quelle partie du corps peut être l'objet de la préoccupation (p. ex., les organes génitaux, les seins, les fesses, l'abdomen, les bras, les mains, les pieds, les jambes, les hanches, les épaules, la colonne vertébrale, des parties plus importantes du corps ou, de façon plus globale, la taille du corps, ou la carrure et la musculature). La préoccupation peut concerner plusieurs parties du corps à la fois. Bien que la plainte soit souvent précise (p. ex., lèvre « tordue » ou nez « bosselé »), elle est parfois plus vague (p. ex., visage « tombant », ou regard trop « dur »). Certains individus, gênés de leurs préoccupations ou bien pour d'autres raisons, évitent de décrire leur « défauts » en détail et font plutôt référence à leur laideur en général.

La plupart des individus atteints de ce trouble ressentent une souffrance intense à cause de leur difformité présumée, décrivant souvent leurs préoccupations comme « extrêmement douloureuses », source de « tortures », ou « accablantes ». La plupart estiment que ces préoccupations sont difficiles à contrôler et ils n'essaient pas — ou

très peu – d'y résister. En conséquence, ils passent souvent plusieurs heures par jour à penser à leur « défaut », au point que ces pensées peuvent dominer leur existence.

Le fonctionnement est en général altéré dans de nombreux domaines. Un sentiment de gène lié à leur « défaut » peut conduire ces individus à un évitement du travail, de l'école ou des situations publiques.

Caractéristiques et troubles associés

L'examen par ces sujets de leur « défaut », soit directement soit clans des surfaces réfléchissantes (p. ex., les vitrines des magasins, les pare-chocs des automobiles, les cadrans de montres) peut prendre plusieurs heures par jour. Certains utilisent des éclairages spéciaux ou des loupes pour scruter leur « défaut ». Ils peuvent se livrer sans cesse à des soins du corps (p. ex., se peigner sans arrêt, s'arracher les poils, se maquiller de façon ritualisée, se gratter la peau). Bien qu'en s'examinant et en procédant à ces soins du corps ils tentent de réduire leur anxiété, d'être rassurés sur leur apparence, ou de l'améliorer temporairement, en réalité ils augmentent souvent ainsi leur préoccupation et l'anxiété qui y est associée. De ce fait, certains sujets évitent les miroirs, parfois en les recouvrant, parfois en les retirant de leur environnement. D'autres traversent en alternance des périodes où ils s'examinent sans arrêt clans des miroirs et des périodes où ils les évitent. Ils peuvent demander fréquemment qu'on les rassure sur leur « défaut », mais leur soulagement n'est que temporaire ; il est d'ailleurs parfois impossible. Les sujets se livrent parfois à des comparaisons avec autrui à propos de la partie de leur corps qu'ils trouvent « affreuse ». Des idées de référence en rapport avec leur défaut imaginaire sont également répandues. Ces sujets pensent souvent que les autres pourraient faire, ou font particulièrement attention à leur défaut supposé, qu'ils sont peut-être en train d'en parler ou de s'en moquer. Ils peuvent essayer de camoufler leur défaut (p. ex., en laissant pousser leur barbe pour couvrir des cicatrices imaginaires sur le visage, en portant un chapeau pour cacher une perte de cheveux imaginaire, en rembourrant leur caleçon pour mettre en valeur un pénis jugé trop petit). Certains craignent en plus que la partie de leur corps qu'ils trouvent affreuse ne vienne à tomber malade, à devenir extrêmement fragile, ou à courir le risque d'être abîmée ou blessée. Les sujets n'ont souvent pas conscience du caractère pathologique de leur perception d'un défaut physique, et certains sont délirants ; en effet, ils sont complètement persuadés que leur perception de leur défaut est exacte, qu'elle n'est pas déformée, et il est impossible de les convaincre du contraire. Les idées de référence, délirantes ou non, en rapport avec leur défaut imaginaire sont également répandues ; ainsi, les sujets souffrant de ce trouble pensent souvent que les autres prêtent (ou pourraient prêter) particulièrement attention à leur défaut supposé, en parlent ou s'en moquent peut-être.

L'évitement d'activités courantes peut conduire à un isolement social extrême. Dans certains cas, les sujets ne sortent plus de chez eux que la nuit, lorsqu'on ne peut pas les voir, ou même finissent par se confiner chez eux, parfois pendant plusieurs années. Ils peuvent abandonner l'école, éviter des entretiens d'embauche, occuper des emplois au-dessous de leurs capacités, voire ne pas travailler du tout. Parfois, ils ont peu d'amis, ils évitent de sortir avec des personnes du sexe opposé ou ils évitent toute relation sociale, ils connaissent des difficultés conjugales ou encore ils sont conduits au divorce à cause de leurs symptômes. La souffrance et les difficultés dues à ce trouble, bien que variables, peuvent entraîner des hospitalisations

répétées, des idées de suicide, des tentatives de suicide, et des suicides « réussis ». Les sujets ayant le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle sont souvent en quête des traitements médicaux (souvent dermatologiques), dentaires ou chirurgicaux qui pourraient corriger leurs défauts imaginaires ou mimiques, et ils en reçoivent. Parfois, ces sujets ont recours à des mesures extrêmes (p. ex., l'auto-chirurgie) pour corriger le défaut qu'ils perçoivent.

Ces traitements peuvent aggraver le trouble, en renforçant les préoccupations ou en en créant de nouvelles, qui peuvent à leur tour conduire à des tentatives thérapeutiques sans succès, jusqu'à que ces sujets se retrouvent avec des nez, des oreilles, des seins et des hanches « synthétiques », dont ils restent insatisfaits. Le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle peut être associé à un Trouble dépressif majeur, un Trouble délirant, une Phobie sociale et un Trouble obsessionnel-compulsif.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Le souci de l'apparence physique et l'importance attribuée à la présentation varient selon les cultures et peuvent influencer ou amplifier les préoccupations concernant une difformité physique imaginaire. Le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle pourrait être aussi fréquent chez la femme que chez l'homme dans les centres de consultation de santé mentale.

Prévalence

La prévalence du Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle dans la population est inconnue. Dans les centres cliniques de santé mentale, une fréquence du Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle chez des sujets souffrant de Troubles anxieux ou dépressifs de 5 % à environ 40 % est signalée. Dans des centres de chirurgie esthétique et de dermatologie, elle va de 6 % à 15 %

Évolution

i.e Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle commence habituellement dans l'adolescence, mais peut commencer pendant l'enfance. Toutefois, il peut être ignoré pendant plusieurs années, souvent parce que les sujets qui en sont atteints sont peu disposés à révéler leurs symptômes. Le début peut être soit progressif soit brutal. L'évolution est plutôt continue avec peu d'intervalles libres, bien que l'intensité des symptômes puisse varier avec le temps. La partie du corps qui fait l'objet de la préoccupation peut rester la même ou bien elle peut changer.

Diagnostic différentiel

À la différence des **préoccupations normales concernant l'apparence physique,** celle du Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle occupe un temps très excessif, et elle est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Toutefois, le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle peut être moins facilement reconnu dans un environnement où les soins cosmétiques sont courants. L'exercice physique excessif (p. ex., l'haltérophilie) auquel les sujets peuvent se livrer pour corriger le défaut qu'ils perçoivent dans leur apparence doit être distingué de la **pratique normale de**

l'exercice physique et de l'exercice excessif qui peut être observé dans un **Trouble des conduites alimentaires.**

Le diagnostic de Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle ne doit pas être porté si la préoccupation est mieux expliquée par **un autre trouble mental. Il** ne faut pas porter le diagnostic si la préoccupation excessive est limitée à un « excès (le poids » comme dans l'**Anorexie mentale,** si elle est limitée à un sentiment permanent d'inconfort et (l'inadéquation quant à ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires comme dans le **Trouble de l'identité sexuelle,** ou bien si elle est limitée à (les ruminations concernant l'apparence physique qui sont congruentes à l'humeur et ne surviennent qu'au cours d'un **Épisode dépressif majeur.** Cependant, la dépression survient souvent secondairement au Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle, auquel cas le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle doit être diagnostiqué.

Dans la **Personnalité évitante** ou la **Phobie sociale,** les sujets peuvent s'inquiéter ou bien être gênés par des défauts réels de leur apparence, mais cette préoccupation n'est en général ni au premier plan, ni persistante ; elle n'occupe pas tout leur temps et elle ne cause ni souffrance ni altération du fonctionnement. Bien que les individus ayant un Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle présentent des préoccupations obsédantes concernant leur apparence et qu'ils puissent avoir aussi des comportements compulsifs (p. ex., de vérification dans les miroirs), un diagnostic séparé de **Trouble obsessionnel-compulsif** n'est justifié que si les obsessions ou les compulsions ne se limitent pas à des préoccupations concernant l'aspect physique. Certains sujets ayant un Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle s'arrachent des cheveux ou s'écorchent la peau dans le but d'améliorer leur apparence ; il faut distinguer ces comportements (le l'arrachage des cheveux de la **Trichotillomanie,** qui n'est pas provoqué par des préoccupations concernant l'aspect physique, et des écorchures (le la peau qui peuvent être observées dans d'autres troubles mentaux.

Un diagnostic additionnel de **Trouble délirant, type somatique** peut être porté, si la préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence revêt une intensité délirante.

Le **Koro** est un syndrome spécifique d'une culture donnée que l'on rencontre principalement en Asie du Sud-Est, et qui peut-être apparenté au Trouble : peur (l'une dysmorphie corporelle. Il est caractérisé par la crainte que le pénis rapetisse (ou les lèvres, les mamelons ou les seins, chez la femme), disparaisse à l'intérieur de l'abdomen. Cette crainte est souvent accompagnée par la croyance qu'il en résultera la mort. Le Koro diffère du Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle par une durée habituellement plus brève, par les principales caractéristiques associées (principalement anxiété aiguë et peur de mourir), par le fait qu'il est possible de rassurer efficacement le sujet et que ce syndrome survient de temps à autre comme une épidémie.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Il n'y a pas dans la CIM-10 de catégorie séparée pour le Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle mais un ensemble de critères qui s'appliquent à la fois à l'Hypocondrie et au Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle (sous la rubrique Trouble hypocondriaque).

• Critères diagnostiques du F45.2 [300.71 Trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle

A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée.

B. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., une Anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps).

F45.9 1300.821 Trouble somatoforme non spécifié

Cette catégorie s'applique à des troubles comportant des symptômes somatoformes qui ne répondent aux critères d'aucun des Troubles somatoformes spécifiques. En voici quelques exemples :

1. Pseudocyesis : croyance erronée d'être enceinte, associée à des signes objectifs de grossesse, comme une augmentation du volume abdominal (sans éversion de l'ombilic), une diminution des règles, une aménorrhée, une sensation subjective de mouvements du fœtus, un engorgement et des sécrétions mammaires ainsi que des douleurs de travail à la date présumée de l'accouchement. Il peut y avoir des modifications endocriniennes mais le syndrome ne peut pas s'expliquer par une affection médicale générale qui provoquerait des modifications hormonales (p. ex., une tumeur sécrétant des hormones).

Un trouble comportant des symptômes hypocondriaques non psychotiques persistant moins de 6 mois.

3. Un trouble comportant des plaintes somatiques inexpliquées (p. ex., la fatigue ou une faiblesse du corps) persistant moins de 6 mois et qui ne sont pas dues à un autre trouble mental.

Troubles factices

Les Troubles factices sont caractérisés par des symptômes physiques ou psychologiques qui sont produits intentionnellement ou qui sont feints, dans le but de jouer le rôle de malade. Pour juger qu'un symptôme particulier est produit intentionnellement, on s'appuie sur des preuves directes et on élimine les autres causes possibles du symptôme. Par exemple, un sujet présentant une hématurie est trouvé en possession d'anticoagulants. Il nie en avoir pris, alors que les résultats des examens sanguins sont compatibles avec l'ingestion d'anticoagulants. On peut raisonnablement en inférer que la prise du médicament a été intentionnelle, sauf si l'on a des raisons de penser que l'ingestion a été accidentelle. Il faut noter qu'un sujet peut présenter à la fois des symptômes factices et de véritables symptômes physiques ou psychologiques.

Les troubles factices sont ici distingués des actes rie Simulation. Dans la Simulation, l'individu produit aussi les symptômes intentionnellement, mais il a un objectif qui apparaît clairement lorsqu'on connaît le contexte. Ainsi, la production intentionnelle de symptômes pour éviter d'être juré, de passer en jugement ou d'être appelé au service militaire serait considérée comme une Simulation. Il en serait de même si une personne traitée clans un service hospitalier pour un trouble mental simulait une aggravation de sa maladie afin d'éviter son transfert clans un autre lieu plus rébarbatif. En revanche, dans le Trouble factice, la motivation est un besoin psychologique de jouer le rôle de malade, ainsi qu'en témoigne l'absence de motifs extérieurs pour expliquer le comportement. La simulation peut être considérée comme un comportement adapté dans certaines circonstances (p. ex., en situation d'otage), mais, par définition, un Trouble factice implique toujours une psychopathologie.

Trouble factice *

La caractéristique essentielle d'un Trouble factice est la production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques (Critère A). Le tableau clinique peut comporter la fabrication de symptômes somatiques (p. ex., des douleurs abdominales aiguës en l'absence de douleur réelle), la falsification de signes objectifs (p. ex., manipuler un thermomètre pour créer l'illusion de la fièvre), des affections que le sujet se déclenche lui-même (p. ex., en provoquant la formation d'abcès par injection sous-cutanée de salive), la majoration ou l'exacerbation d'une affection médicale générale préexistante (p. ex., la simulation d'une crise de Grand Mal par un sujet ayant des 'antécédents de comitialité) ou toute association ou variante des tableaux précédents. La motivation du comportement est de jouer un rôle de malade (Critère B). Il n'y a pas de motifs extérieurs à ce comportement (p. ex., gagner de l'argent, fuir une responsa-

N.d.T À ce diagnostic correspondent les codes 300.xx de la CIM-9-MC et le code F68.1 de la 0M-10.

bilité légale, ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la Simulation) (Critère C).

Les individus ayant un Trouble factice présentent généralement leur histoire avec un grand sens dramatique, mais se montrent extrêmement imprécis et contradictoires quand on leur demande plus de détails. Ils peuvent s'embarquer clans des mensonges pathologiques, d'une façon qui ne laisse pas d'intriguer celui qui les écoute, à propos de n'importe quel aspect de leur histoire ou de leurs symptômes (p. ex., pseudologia fantastica). Ils ont généralement une vaste connaissance de la terminologie médicale et des habitudes hospitalières. Très souvent, ils se plaignent de douleurs et réclament des analgésiques. Lorsqu'un bilan approfondi en rapport avec leurs principales plaintes initiales s'est avéré négatif, ils se plaignent fréquemment d'autres problèmes physiques ou psychologiques et présentent de nouveaux symptômes factices. Les sujets peuvent se soumettre avec empressement à des investigations et à des opérations multiples et invasives. Pendant qu'ils sont hospitalisés, ils ont habituellement peu rie visites. Tôt ou tard, la situation peut en arriver au point que la nature factice des symptômes est démasquée (p. ex., lorsque la personne est reconnue par une autre qui l'a déjà rencontrée lors d'une admission précédente ; lorsque d'autres hôpitaux confirment qu'il y a eu de nombreuses hospitalisations clans le passé pour une symptomatologie Factice). Confrontés aux preuves que leurs symptômes sont factices, ces individus refusent en général rie l'admettre ou bien sortent rapidement contre avis médical. Quelquefois, ils sont admis dans un autre hôpital peu de temps après. Ces hospitalisations répétées les conduisent souvent dans de nombreuses villes, dans de nombreux états ou pays.

Sous-types

Le Trouble factice est codé par sous-types, eux-mêmes caractérisés par les symptômes prédominants.

[300.16] avec signes et symptômes psychologiques prédominants. Ce sous-type représente les tableaux cliniques où les signes et symptômes psychologiques sont au premier plan. Il est caractérisé par la production intentionnelle ou la simulation de symptômes psychologiques (souvent psychotiques) qui suggèrent un trouble mental. Le but du sujet est apparemment de jouer le rôle de « malade » et il ne s'explique d'aucune autre manière, à la lumière des circonstances qui entourent le sujet (contrairement à la Simulation). On évoque ce sous-type devant une symptomatologie variée, qui souvent ne correspond à aucun syndrome répertorié, devant une évolution et une réponse au traitement inhabituelles et une aggravation des symptômes lorsque le sujet se sait observé. Les individus ayant ce sous-type de Trouble factice peuvent se prétendre déprimés et dire qu'ils ont des idées de suicide après la mort d'un conjoint (un tel décès n'étant pas confirmé par d'autres sources d'information) ; ils peuvent se plaindre de troubles de la mémoire (à court terme et à long terme), d'hallucinations ou d'idées délirantes, de symptômes d'un Trouble État de Stress post-traumatique, et de symptômes dissociatifs. Certains sujets peuvent discerner dans les questions rie la personne qui les examine quels sont les symptômes à feindre lors d'une récapitulation générale. A l'opposé, ils peuvent avoir une attitude très négativiste et non coopérative à l'entretien. Le tableau clinique traduit en général la conception qu'a le sujet des troubles mentaux et ne correspond à aucune catégorie diagnostique reconnue.

[300.19] avec signes et symptômes physiques prédominants. Ce sous-type représente les tableaux cliniques où sont au premier plan les signes et les symptômes de ce qui paraît être une affection médicale générale. Les problèmes cliniques pouvant être feints ou produits le plus souvent sont les infections (p. ex., les abcès), les défauts de cicatrisation, la douleur, l'hypoglycémie, l'anémie, les saignements, les éruptions, les symptômes neurologiques (p. ex., les crises, les vertiges ou les évanouissements), les vomissements, la diarrhée, les fièvres d'origine indéterminée et les symptômes de maladies auto-immunes ou des connectivites. La forme la plus sévère et la plus chronique de ce trouble est connue sous le nom de « syndrome de Münchausen », dont les éléments essentiels sont des hospitalisations récurrentes, des pérégrinations et la pseudologia fantastica). Tous les organes peuvent être touchés, et seuls le degré d'évolution du sujet, son imagination, et ses connaissances médicales limitent l'étendue et la variété des symptômes.

[300.19] avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques. Ce sous-type représente des tableaux cliniques qui comportent à la fois des signes et des symptômes psychologiques et physiques, mais où aucun ne prédomine.

Caractéristiques et troubles associés

Dans le Trouble factice avec signes et symptômes psychologiques prédominants, les sujets peuvent donner des réponses approximatives (p. ex., 8 fois 8 égalent 65). Le sujet peut utiliser volontairement des substances dans le but de provoquer des symptômes qui suggèrent un trouble mental (p. ex., des stimulants pour provoquer de l'agitation ou de l'insomnie, des hallucinogènes pour induire des anomalies perceptives, des analgésiques pour provoquer une euphorie et des hypnotiques pour entraîner une léthargie). Les associations de substances peuvent produire des tableaux cliniques très inhabituels.

Les sujets ayant un Trouble factice avec signes et symptômes physiques prédominants peuvent également présenter un Abus d'une substance, en particulier des analgésiques et des sédatifs qui ont pu leur être prescrits. Les hospitalisations multiples entraînent souvent des affections médicales générales iatrogènes (p. ex., la formation d'un tissu cicatriciel suite à des interventions chirurgicales injustifiées ou des réactions indésirables aux médicaments). Dans la forme chronique de ce trouble, on peut observer des « abdomens balafrés » à force d'interventions chirurgicales multiples. Il est rare que des individus ayant un Trouble factice chronique maintiennent un emploi stable, des liens familiaux et des relations interpersonnelles. Pourraient prédisposer au Trouble factice : d'autres troubles mentaux ou affections médicales générales survenus pendant l'enfance ou l'adolescence qui ont conduit à de nombreux traitements médicaux et hospitalisations ; des ruptures familiales ou une maltraitance psychologique ou physique clans l'enfance ; une rancune contre le corps médical, la présence d'un Trouble grave de la personnalité, le plus souvent une Personnalité borderline.

Caractéristiques liées au sexe

Le Trouble factice est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Toutefois, sa variante la plus chronique et la plus grave (Münchausen) semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

On dispose de peu d'informations sur la prévalence du Trouble factice. Les techniques épidémiologiques habituelles sont limitées par le fait que le Trouble factice comporte toujours une tromperie et parfois des pérégrinations, ce qui fait qu'il n'est souvent pas reconnu. D'un autre côté, la fréquence de la forme chronique du Trouble pourrait être surestimée du fait que les sujets atteints par ce trouble se présentent à différents médecins dans différents hôpitaux, souvent sous des identités différentes. Les données les plus sûres indiquent que dans les grands hôpitaux généraux, le diagnostic de Trouble factice est porté chez environ 1 % des sujets qui subissent un examen psychiatrique. La prévalence semble plus élevée dans des structures très spécialisées. Les formes avec signes et symptômes psychologiques prédominants sont signalées beaucoup moins souvent que celles avec signes et symptômes physiques prédominants.

Évolution

L'évolution du Trouble factice consiste habituellement en épisodes intermittents. Plus rares sont les épisodes uniques ou les évolutions chroniques, sans rémission. Le début survient habituellement chez l'adulte jeune, souvent dans les suites d'une hospitalisation pour une affection médicale générale ou pour un autre trouble mental. Dans la forme chronique du trouble, la succession des hospitalisations peut devenir un mode de vie permanent.

Diagnostic différentiel

Un trouble factice doit être distingué d'une **affection médicale générale véritable** et d'un **trouble mental véritable.** Un trouble mental ou une affection médicale générale peuvent être soupçonnés d'être en réalité un Trouble factice si l'on constate une association des éléments suivants : un tableau clinique atypique ou dramatique qui ne correspond à aucune affection médicale générale ou à aucun trouble mental identifiable ; des symptômes ou des comportements qui n'existent que lorsque l'individu est observé ; « la pseudologia fantastica » ; un comportement perturbateur dans le service (p. ex., le non-respect du règlement de l'hôpital, des discussions interminables avec les infirmières et les médecins) ; une connaissance approfondie de la terminologie médicale et des habitudes hospitalières ; l'utilisation cachée de substances diverses ; la trace de multiples interventions à visée thérapeutique (opérations chirurgicales répétées, séries répétées d'électrochocs) ; de nombreux voyages ; peu ou pas de visites pendant l'hospitalisation ; et une évolution clinique fluctuante avec apparition rapide de « complications » ou d'une pathologie nouvelle une fois que le bilan initial s'avère négatif. Cependant, il faut noter que l'absence de signes objectifs (p. ex., l'absence d'une lésion démontrable) ne signifie pas nécessairement que les symptômes (p. ex., la douleur) sont produits intentionnellement.

Dans les **Troubles somatoformes**, on observe aussi des plaintes somatiques qui ne peuvent pas être attribuées uniquement à une véritable affection médicale générale, mais les symptômes ne sont pas produits intentionnellement. **La Simulation** diffère du Trouble factice par le fait que le sujet y est poussé consciemment par un motif extérieur. Dans la Simulation, les individus peuvent chercher à se faire hospitaliser dans le cadre de tentatives pour obtenir un dédommagement, éviter des poursuites ou simplement pour trouver où dormir. Mais leur but est généralement apparent et ils peuvent

faire cesser » les symptômes lorsque ceux-ci ne leur servent plus à rien. Dans le Trouble factice, le sujet n'est en général pas conscient de la motivation qui se trouve derrière le comportement factice et il n'y a pas de motifs extérieurs.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour les Troubles factices sont presque identiques.

Critères diagnostiques du Trouble factice

A. Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.

B. La motivation du comportement est de jouer le rôle de malade.

C. Absence de motifs extérieurs à ce comportement (p. ex., obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale, ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la Simulation).

Spécifier le type :

[300.16] avec signes et symptômes psychologiques prédominants :
si les signes et symptômes psychologiques sont au premier plan du tableau clinique

[300.19] avec signes et symptômes physiques prédominants :
si les signes et symptômes physiques sont au premier plan du tableau clinique

[300.19] avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques :
s'il y a, à la fois des signes et des symptômes psychologiques et physiques sans que les uns ou les autres ne soient au premier plan du tableau clinique.

F68.1 [300.191 Trouble factice non spécifié

Cette catégorie s'applique à des troubles qui comportent des symptômes factices ne répondant pas aux critères diagnostiques du Trouble factice. Lin exemple en est le trouble factice par procuration : production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques chez une autre personne dont l'individu a la charge dans le but *de* jouer indirectement le rôle de malade (voir p. 900 les Critères proposés pour la recherche).

Troubles dissociatifs

La caractéristique essentielle des Troubles dissociatifs est la survenue d'une perturbation touchant des fonctions qui sont normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. La perturbation peut être soudaine ou progressive, transitoire ou chronique. Ce chapitre comporte les troubles suivants :

L'Amnésie dissociative est caractérisée par une incapacité à évoquer (les souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants. Cette incapacité est trop importante pour s'expliquer par une simple « mauvaise mémoire ».

La Fugue dissociative est caractérisée par un départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu de travail habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé et d'une confusion concernant son identité personnelle ou bien l'adoption d'une nouvelle identité.

Le Trouble dissociatif de l'identité (auparavant Personnalité multiple) est caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, s'accompagnant d'une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. Cette incapacité est trop importante pour s'expliquer par une simple « mauvaise mémoire ». Ce trouble se caractérise plus par une fragmentation de l'identité que par une prolifération de personnalités distinctes.

Le Trouble de dépersonnalisation est caractérisé par un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps, l'appréciation de la réalité demeurant intacte.

Le Trouble dissociatif non spécifié permet de coder des troubles dont la caractéristique principale est un symptôme dissociatif mais qui ne répondent aux critères d'aucun des Troubles dissociatifs spécifiques.

Des symptômes dissociatifs figurent parmi les critères diagnostiques de l'État de stress aigu, de l'État de stress post-traumatique et du Trouble somatisation. On ne porte pas le diagnostic additionnel de Trouble dissociant si les symptômes dissociants surviennent exclusivement pendant l'évolution de l'un de ces troubles. Dans certaines classifications, le mécanisme de la conversion est considéré comme un phénomène dissociatif ; toutefois, le Trouble de conversion dans le DSM-IV est situé dans le chapitre des « Troubles somatoformes », pour souligner qu'il est important, clans le cadre du diagnostic différentiel du Trouble de conversion, d'évoquer certaines affections neurologiques ou médicales générales.

Une perspective transculturelle est particulièrement importante dans l'étude des Troubles dissociatifs dans la mesure où, dans de nombreuses sociétés, il est courant et parfaitement admis que certaines activités (l'ordre culturel ou certaines expériences religieuses s'expriment par des états dissociatifs. Dans tous ces cas, les états dissociatifs ne

sont pas pathologiques et ils n'entraînent souvent ni souffrance significative, ni altération du fonctionnement, ni demande de soins. Cependant, certains syndromes culturellement déterminés qui sont caractérisés par la dissociation provoquent bien une souffrance et une altération du fonctionnement et ils sont reconnus dans leur propre culture comme des manifestations pathologiques (voir p. 1016 et p. 1017), bien que la symptomatologie puisse prendre différents aspects dans différentes cultures, comme des épisodes brefs et récurrents de stupeur dissociative ou de possession spirituelle en Inde.

F44.0 [300.121 Amnésie dissociative *(auparavant* Amnésie psychogène)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Amnésie dissociative est une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants. Cette incapacité est trop importante pour s'expliquer par une simple « mauvaise mémoire » (Critère A). Ce trouble implique une déficience réversible de la mémoire, au cours de laquelle les souvenirs d'expériences personnelles ne peuvent pas être récupérés sous forme verbale (ou bien, s'ils sont récupérés temporairement, ils ne peuvent pas être maintenus en totalité dans la conscience). La perturbation ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble dissociatif de l'identité, d'une Fugue dissociative, d'un État de stress post-traumatique, d'un État de stress aigu ou d'un Trouble somatisation et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection neurologique ou médicale générale (Critère B). Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (Critère Cl.

L'Amnésie dissociative se présente le plus souvent comme une lacune de mémoire ou bien une succession de lacunes qui portent sur certains aspects de la biographie et que le sujet rapporte rétrospectivement. Ces lacunes sont généralement en relation avec des événements traumatiques ou extrêmement stressants. Chez certains individus, l'amnésie concerne des épisodes d'automutilation, des crises de violence ou des tentatives de suicide. Plus rarement, l'Amnésie dissociative se présente comme un épisode richement symptomatique à début aigu. Cette forme aiguë survient plutôt en temps de guerre ou en réaction à une catastrophe naturelle à d'autres formes de traumatisme sévère.

Plusieurs variétés de perturbations de la mémoire ont été décrites dans l'Amnésie dissociative. Dans *l'amnésie lacunaire,* l'individu ne parvient pas à se souvenir d'événements survenus au cours d'une période de temps déterminée, à savoir, en général, les quelques premières heures après un événement traumatisant (ainsi le survivant indemne d'un accident de voiture dans lequel un membre de sa famille a été tué peut n'avoir aucun souvenir de ce qui s'est passé entre le moment de l'accident et le surlendemain). Dans *l'amnésie sélective,* le sujet peut se souvenir de certains (mais pas de tous) événements survenus pendant une période de temps déterminée (ainsi un ancien combattant peut se souvenir d'une partie seulement de toutes les expériences violentes qu'il a vécues au front). Trois autres types d'amnésie — généralisée, continue

et systématisée — sont plus rares. Dans *l'amnésie généralisée,* c'est son existence entière dont le sujet ne peut se souvenir. Les individus atteints de ce trouble rare se présentent généralement à la police, aux services d'urgences ou clans les hôpitaux généraux, aux services de consultation ou de liaison. *L'amnésie continue* est définie comme l'incapacité à se souvenir des événements survenus entre un moment donné et le moment présent, celui-ci étant englobé dans l'amnésie. *L'amnésie systématisée* est une perte de mémoire qui touche certaines catégories d'information, comme tous les souvenirs liés à sa famille ou à une personne donnée. Chez les individus qui présentent ces trois derniers types d'Amnésie dissociative, il arrive que l'on soit finalement amené à porter le diagnostic d'une forme plus complexe de Trouble dissociatif (p. ex., Trouble dissociatif de l'identité).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Certains individus atteints d'une Amnésie dissociative rapportent des symptômes dépressifs, de l'anxiété, une dépersonnalisation, des états de transe, une anesthésie, une régression spontanée à un âge antérieur. Ils peuvent donner des réponses approximatives et inexactes aux questions posées (p. ex., « 2 plus 2 égalent 5 ») comme dans le syndrome de Ganser. L'amnésie dissociative s'accompagne parfois aussi d'une dysfonction sexuelle, d'une altération du fonctionnement professionnel et des relations interpersonnelles, d'automutilations, d'impulsions agressives et suicidaires, de gestes suicidaires. Les sujets qui présentent une Amnésie dissociative peuvent avoir également ries symptômes répondant aux critères d'un Trouble de conversion, d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble lié à une substance ou d'un Trouble de la personnalité.

Examens complémentaires. Les sujets présentant une Amnésie dissociative montrent souvent un degré élevé d'hypnotisabilité à des tests standardisés.

Caractéristiques liées à l'âge

Il est particulièrement difficile d'apprécier l'existence d'une Amnésie dissociative chez les préadolescents, en raison des possibilités de confusion avec une inattention, une anxiété, un comportement opposant, des Troubles de l'apprentissage, des perturbations psychotiques et l'amnésie infantile normale au cours du développement (qui fait que le souvenir des événements autobiographiques survenus avant l'âge de 5 ans est réduit). Il peut être nécessaire de procéder à des examens répétés ou de recourir aux évaluations de plusieurs observateurs (instituteur, thérapeute, assistant social) pour établir un diagnostic exact d'Amnésie dissociative chez l'enfant.

Prévalence

Au cours des dernières années, aux États-Unis, le nombre de cas d'Amnésie dissociative signalés portant sur des traumatismes infantiles précoces qui avaient été précédemment oubliés est en augmentation. Plusieurs interprétations ont été proposées. Pour certains, une meilleure connaissance de ce diagnostic parmi les professionnels de la santé mentale a permis l'identification de cas qui étaient ignorés jusqu'alors. Inversement, d'autres pensent que le diagnostic a été porté de façon excessive chez des individus hautement suggestibles.

Évolution

L'Amnésie dissociative s'observe dans tous les groupes d'âge, des jeunes enfants aux adultes. Elle se présente le plus souvent comme un trou de mémoire, que le sujet rapporte rétrospectivement. La durée des événements concernés par l'amnésie varierait de quelques minutes à plusieurs années. Les sujets peuvent signaler un seul épisode amnésique, mais ils peuvent aussi couramment en décrire deux ou davantage. Les individus ayant déjà eu un épisode d'Amnésie dissociative peuvent être prédisposés à présenter une amnésie clans des circonstances traumatisantes ultérieures. L'amnésie aiguë peut disparaître spontanément après que l'individu ait été retiré de la situation traumatisante à laquelle l'amnésie était liée (p. ex., un soldat ayant une amnésie lacunaire à l'issue (le plusieurs jours de combats intenses peut retrouver spontanément la mémoire de ces expériences une fois qu'il a été évacué du champ de bataille). Certains individus ayant une amnésie chronique peuvent, un jour, commencer à retrouver petit à petit des souvenirs dissociés. Chez d'autres sujets peut se développer une forme chronique d'amnésie.

Diagnostic différentiel

Il faut distinguer l'Amnésie dissociative du **Trouble amnésique dû à une affection médicale générale,** où l'amnésie est considérée comme la conséquence physiologique directe d'une affection neurologique spécifique ou d'une autre affection médicale générale (p. ex., un traumatisme crânien, une épilepsie) (voir p. 202). Le diagnostic différentiel est fondé sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. Dans le **Trouble amnésique dû à un traumatisme cérébral,** la perturbation du rappel mnésique, bien que circonscrite, est à la fois rétrograde (c.-à-d. couvrant une période de temps qui est antérieure au traumatisme crânien) et antérograde (c.-à-cl. qu'elle concerne les événements postérieurs au traumatisme), et il y a habituellement des antécédents de traumatisme physique nettement défini, une période de perte de connaissance ou l'examen clinique montre des signes de lésion cérébrale. À l'opposé, dans l'Amnésie dissociative, la perturbation du rappel mnésique est presque toujours antérograde (c.-à-d. que la perte de mémoire est limitée à la période qui suit le traumatisme) et il n'y a en règle aucune difficulté à apprendre des informations nouvelles. L'utilisation à visée diagnostique de l'hypnose peut permettre de reconnaître les rares cas d'Amnésie dissociative où l'amnésie est rétrograde ; la récupération rapide des souvenirs perclus suggère l'origine dissociative du trouble. Dans les **Troubles épileptiques,** l'altération de la mémoire débute brutalement ; il peut y avoir des manifestations motrices et des électroencéphalogrammes répétés révèlent des anomalies typiques. Dans **le Delirium et la Démence,** la perte de la mémoire concernant des informations personnelles fait partie d'un ensemble beaucoup plus vaste d'altérations cognitives, linguistiques, affectives, attentionnelles, perceptives et comportementales. Dans l'Amnésie dissociative en revanche, la perte de mémoire touche principalement les informations autobiographiques, les capacités cognitives étant généralement préservées. L'Amnésie liée à une affection médicale générale est habituellement irréversible.

Il faut distinguer la perte de mémoire liée à l'utilisation de substances ou de médicaments de l'Amnésie dissociative. On porte le diagnostic de **Trouble amnésique persistant induit par une substance** si l'on estime qu'il y a une perte de la mémoire persistante, qui est liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus ou un médicament) (voir p. 204). Alors que la capacité

à fixer de nouveaux souvenirs est préservée clans l'Amnésie dissociative, la mémoire à court terme est altérée dans le Trouble amnésique persistant induit par une substance (c.-à-d. que le sujet peut se rappeler des événements immédiatement après qu'ils soient arrivés mais il ne le peut plus après un délai de quelques minutes). La perte de mémoire liée à une **Intoxication par une substance (p.** ex., « black-out ») peut être distinguée de l'Amnésie dissociative parce qu'il y a utilisation massive d'une substance et que l'amnésie a un caractère habituellement irréversible.

L'amnésie comme symptôme dissociatif est une des caractéristiques diagnostiques de la **Fugue dissociative** autant que du **Trouble dissociatif de l'identité.** Aussi, si l'amnésie dissociative survient exclusivement pendant l'évolution d'une Fugue dissociative ou d'un Trouble dissociatif de l'identité, on ne fait pas un diagnostic séparé d'Amnésie dissociative. La dépersonnalisation figurant parmi les caractéristiques associées de l'Amnésie dissociative, on ne fait pas un diagnostic de **Trouble de dépersonnalisation** si la dépersonnalisation survient uniquement au cours d'une Amnésie dissociative.

Dans l'État **de stress post-traumatique** et **l'État de stress aigu,** il peut y avoir amnésie de l'événement traumatisant. De même, les symptômes dissociatifs **et** l'amnésie font partie des critères diagnostiques du **Trouble somatisation.** On ne porte pas un diagnostic d'Amnésie dissociative si elle survient exclusivement pendant l'évolution de ces troubles.

L'amnésie simulée est particulièrement fréquente chez des sujets présentant des symptômes aigus et multiples dans un contexte où d'éventuels bénéfices secondaires sont évidents en rapport par exemple à des difficultés financières ou judiciaires, ou le désir d'échapper au combat, bien qu'une vraie amnésie puisse aussi être associée à ces mêmes facteurs de stress. En outre, les individus présentant une Amnésie dissociative ont habituellement des scores élevés aux mesures courantes d'hypnotisabilité et de capacités dissociatives. L'amnésie simulée est plus fréquente chez des individus qui présentent des symptômes aigus, multiples dans un contexte où existent à l'évidence des bénéfices secondaires potentiels — en rapport par exemple avec des problèmes financiers ou juridiques ou le désir d'échapper au combat, bien qu'une amnésie véritable puisse, elle aussi, être liée à ce type de facteurs de stress. Lorsque le sujet retrouve la mémoire, l'exactitude de ses souvenirs doit être évaluée prudemment car les personnes à l'aide desquelles il les reconstitue sont souvent très suggestibles. Une vaste controverse s'est développée à propos de l'amnésie portant sur des sévices corporels ou des abus sexuels, en particulier lorsque ceux-ci sont censés dater de la petite enfance. Certains cliniciens pensent que la fréquence de ces agressions est sous-estimée, en particulier parce que les victimes sont souvent des enfants et que leurs auteurs ont tendance à nier ou bien à déformer leurs actes. Inversement, d'autres cliniciens craignent qu'il y ait une surestimation de cette fréquence, due en particulier à la non fidélité des souvenirs de l'enfance. Actuellement, il n'existe aucune méthode permettant d'établir avec certitude la véracité de tels souvenirs en l'absence de preuves pour les corroborer.

L'amnésie dissociative doit être distinguée également des pertes de mémoire liées au **Déclin cognitif lié à l'âge** et des **formes non pathologiques d'amnésie** dont les oublis de la vie quotidienne, l'amnésie posthypnotique, l'amnésie infantile et, au cours de l'enfance, l'amnésie du sommeil et des rêves. L'amnésie dissociative peut être distinguée des trous de mémoire normaux par l'importance et le caractère involontaire de l'incapacité à se souvenir (p. ex., des souvenirs de nature traumatique) et par l'exis-

tence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche *de* la CIM-10 pour les Troubles dissociatifs précisent qu'il doit y avoir « des éléments en faveur d'une relation temporelle manifeste entre le début des symptômes et des événements stressants, des problèmes ou des besoins ». Dans le DSM-IV, il est indiqué dans les critères diagnostiques que l'information oubliée est habituellement traumatisante ou stressante.

Critères diagnostiques de F44.0 [300.12] Amnésie dissociative

A. La perturbation principale est constituée par un ou plusieurs épisodes durant lesquels le sujet présente une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants. Cette incapacité est trop importante pour s'expliquer par une simple « mauvaise mémoire ».

B. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble dissociatif de l'identité, d'une Fugue dissociative, d'un État de stress post-traumatique, d'un État de stress aigu, ou d'un Trouble somatisation et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection neurologique ou médicale générale (p. ex., Trouble amnésique dû à un traumatisme crânien).

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

F44.1 [300.13] Fugue dissociative *(auparavant* Fugue psychogène)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Fugue dissociative est un départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu habituel des activités quotidiennes, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé, en totalité ou partiellement (Critère A). Y est associée une confusion concernant l'identité personnelle voire l'adoption d'une nouvelle identité (Critère B). La perturbation ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble dissociatif de l'identité et n'est pas due aux effets physiologiques directs

d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère C). Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère D).

La fugue peut aller de voyages brefs, durant quelques heures ou quelques jours, à des errances compliquées, pendant lesquelles le sujet passe d'ailleurs inaperçu pendant des périodes plus longues (des semaines ou des mois) ; certains individus traverseraient même de nombreuses frontières nationales et pourraient parcourir des milliers de kilomètres. Pendant une fugue, les individus peuvent apparaître indemnes de troubles psychopathologiques et ils n'attirent généralement pas l'attention. A un certain moment pourtant, ils sont amenés à être examinés par un médecin, habituellement en raison d'une amnésie des événements récents ou bien de l'ignorance de leur propre identité. Lorsque le sujet revient à l'état dans lequel il était avant la fugue, il peut n'avoir aucun souvenir des événements qui se sont déroulés pendant la fugue.

Dans la plupart des fugues, le sujet n'adopte pas une nouvelle identité. S'il le fait, la nouvelle identité est généralement caractérisée par une plus grande sociabilité et un certain degré de désinhibition par rapport à l'identité antérieure. Le sujet peut adopter un nouveau nom, élire un nouveau domicile et déployer une activité sociale complexe, bien intégrée, ne laissant en rien soupçonner l'existence d'un trouble mental.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Lorsque le sujet est revenu à l'état dans lequel il était avant la fugue, on observe parfois une amnésie pour des événements traumatisants de son histoire personnelle (p. ex., après la fin d'une longue fugue, un soldat peut garder une amnésie d'événements survenus plusieurs années auparavant, au cours d'une guerre pendant laquelle son meilleur ami a été tué). Une dépression, une dysphorie, de l'anxiété, du chagrin, un sentiment de honte, une culpabilité, une tension psychologique, un état de conflit, des impulsions suicidaires et agressives peuvent se rencontrer. Le sujet peut donner (les réponses approximatives et inexactes aux questions posées (p. ex., « 2 plus 2 égalent 5 ») comme dans le syndrome de Ganser. L'ampleur de certaines conséquences de *ce* trouble, comme la perte d'emploi ou la survenue de graves perturbations des relations personnelles ou familiales, varie selon l'importance et la durée de la fugue. Les individus avant fait une Fugue dissociative peuvent présenter un Trouble de l'humeur, un État de stress post-traumatique ou un Trouble lié à une substance.

Caractéristiques liées à la culture

Dans divers syndromes culturellement déterminés, les sujets atteints sont comme forcés de « courir » (p. ex., le ***pibloktoq*** dans les populations natives de l'Arctique, le ***grisi siknis*** chez les Miskito du Honduras et du Nicaragua, la sorcellerie « frénétique des Navajo et certaines formes d'***amok*** clans les cultures de l'Ouest du Pacifique). Les personnes ayant ces syndromes peuvent présenter des symptômes qui répondent aux critères diagnostiques de la Fugue dissociative. Ces syndromes sont caractérisés par l'apparition soudaine d'un niveau élevé d'activité, par un état de type transe, un comportement potentiellement dangereux à type de course ou de fuite, suivi d'un état d'épuisement, de sommeil et d'une amnésie de l'épisode (voir aussi l'État de transe dissociatif à l'Annexe B, p. 902).

Prévalence

La Fugue dissociative aurait une prévalence de 0,2 % clans la population générale. La prévalence pourrait augmenter au cours de périodes marquées par des événements extrêmement stressants comme les guerres et les catastrophes naturelles.

Évolution

Le début d'une Fugue dissociative est habituellement lié à des événements de vie traumatisants, stressants, accablants. La plupart des cas sont décrits chez l'adulte. Les épisodes rapportés sont le plus souvent uniques et durent quelques heures à quelques mois. La guérison est habituellement rapide, mais dans certains cas il persiste une Amnésie dissociative réfractaire.

Diagnostic différentiel

La Fugue dissociative doit être distinguée des symptômes qui sont **la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique** (p. ex., un traumatisme crânien) (voir p. 202). Cette distinction est fondée sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. On sait que les individus souffrant de **crises comitiales partielles complexes** peuvent présenter des errances ou des comportements semi-automatiques au cours des crises ou bien au cours des phases postcritiques, comportements dont ils ne gardent aucun souvenir. Cependant, une fugue épileptique peut être habituellement reconnue par l'existence d'une aura, de manifestations motrices, d'un comportement stéréotypé, d'altérations des perceptions, d'un état postcritique et d'anomalies sur des électroencéphalogrammes répétés. Il faut porter le diagnostic de **Trouble mental non spécifié dû à une affection médicale générale** devant des symptômes dissociatifs que l'on considère comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. La Fugue dissociative doit également être distinguée des symptômes dus aux **effets physiologiques directs d'une substance** (voir p. 204).

Si les symptômes de fugue surviennent seulement au cours d'un **Trouble dissociatif de l'identité,** il ne faut pas porter un diagnostic séparé de Fugue dissociative. De même, on ne doit pas porter les diagnostics séparés **d'Amnésie dissociative ou** de **Trouble de dépersonnalisation** si les symptômes d'amnésie ou de dépersonnalisation surviennent uniquement au cours d'une Fugue dissociative. Il peut y avoir au cours des **Épisodes maniaques** des errances ou bien des voyages effectués dans un but précis qu'il faut distinguer d'une Fugue dissociative. Comme une Fugue dissociative, un Épisode maniaque peut comporter une amnésie pour une certaine période de la vie, en particulier pour les périodes de dépression ou d'euthymie. Cependant, au cours d'un épisode maniaque, le voyage est lié à des idées de grandeur et à d'autres symptômes maniaques et ces sujets attirent l'attention par leur comportement inapproprié. En outre, ils n'adoptent pas une autre identité.

On peut aussi observer un comportement de déambulation clans la **Schizophrénie.** La mémoire des événements survenus pendant un épisode d'errance peut être difficile à évaluer chez un individu atteint de schizophrénie en raison de la désorganisation du discours. En revanche, les individus ayant fait une Fugue dissociative ne présentent généralement aucun des symptômes psychopathologiques de la schizophrénie (p. ex., idées délirantes, symptômes négatifs).

Les individus faisant une Fugue dissociative ont habituellement des scores élevés aux mesures courantes d'hypnotisabilité et de capacités dissociatives. Néanmoins, il n'existe aucun test ni aucune batterie (l'examens qui permette de distinguer dans tous les cas les véritables symptômes dissociatifs de ceux qui résultent d'une simulation. La Simulation d'une fugue peut s'observer chez des individus qui tentent de se soustraire à une situation qui comporte des difficultés juridiques, financières ou personnelles, et aussi chez des soldats qui essaient d'échapper au combat ou à des obligations militaires pénibles (bien qu'une véritable Fugue dissociative puisse être liée à ces mêmes facteurs de stress). La simulation de symptômes dissociatifs peut résister à l'hypnose ou aux barbituriques administrés pour faciliter l'entretien. En cas d'expertise psychiatrique suite à une fugue, il ne faut envisager la possibilité d'une simulation qu'avec beaucoup de réserves. Une conduite criminelle bizarre ou bien sans réel mobile est plus vraisemblablement en rapport avec une véritable perturbation dissociative.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence du DSM-IV, les Critères diagnostiques pour la recherche de la Fugue dissociative précisent qu'il y a « amnésie concernant le voyage ». En outre, à la différence du DSM-IV, l'incapacité à se souvenir de son passé au cours de la fugue et la confusion concernant l'identité personnelle ne figurent pas parmi les critères de la CIM-10.

diagnostiques de la F44.1 [300.13] Fugue dissociative

A. La perturbation principale est un départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu de travail habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé.

B. Confusion concernant l'identité personnelle ou adoption d'une nouvelle identité (partielle ou complète).

C. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble dissociatif de l'identité et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., l'épilepsie temporale).

D. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F44.81 1300.141 Trouble dissociatif de l'identité *(auparavant* Personnalité multiple)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble dissociatif de l'identité est la présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts (Critère A) qui prennent tour à tour le contrôle du comportement (Critère B). Il y a une incapacité à évoquer (les souvenirs personnels importants, dont l'ampleur est trop grande pour qu'elle s'explique par une simple « mauvaise mémoire » (Critère C). La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère D). Chez l'enfant, les symptômes ne peuvent pas être attribués à des jeux d'imagination ou à l'évocation *de* camarades imaginaires.

Le Trouble dissociatif de l'identité reflète un échec de l'intégration de différents aspects de l'identité, de la mémoire et de la conscience. Chaque état de personnalité peut avoir sa propre histoire personnelle, son image de soi et son identité, notamment un nom particulier. Habituellement, une sorte (l'identité première porte le nom de baptême du sujet ; elle est passive, dépendante, dépressive et éprouve un sentiment de culpabilité. Les identités qui alternent avec celle-ci ont fréquemment des caractéristiques et des noms différents, qui contrastent avec l'identité première (p. ex., elles sont hostiles, autoritaires, autodestructrices). Certaines identités particulières ne surgissent que dans des circonstances qui leur sont spécifiques ; elles peuvent différer par l'âge et le sexe qu'elles déclarent, par le vocabulaire, la culture générale ou par l'état affectif prédominant. Tout se passe comme si les différentes identités prenaient le contrôle l'une après l'autre, aux dépens l'une de l'autre. Elles peuvent prétendre ne pas avoir connaissance les unes des autres, ou alors se critiquer voire apparaître en conflit ouvert. Quelquefois, une ou plusieurs identités fortes « accordent du temps » aux autres. Des identités agressives ou hostiles peuvent à certains moments interrompre les activités d'autres identités ou les mettre dans des situations inconfortables.

Les sujets présentant ce trouble ont fréquemment des trous de mémoire à propos de leur histoire personnelle, tant ancienne que récente. L'amnésie est souvent « asymétrique ». Les identités plus passives ont tendance à avoir des souvenirs plus restreints, alors que les identités plus hostiles, plus autoritaires, ou « protectrices » ont des souvenirs plus complets. Une identité qui n'a pas le contrôle peut néanmoins accéder à la conscience en produisant des hallucinations auditives ou visuelles (sous la forme d'une voix donnant des instructions). La présence d'une amnésie peut être mise en évidence soit par les témoignages de personnes qui ont assisté à des comportements que le sujet désavoue, soit par les découvertes du sujet lui-même (p. ex., s'il trouve chez lui des vêtements qu'il ne se rappelle pas avoir achetés). La perte de mémoire peut concerner non seulement plusieurs périodes de temps distinctes, mais on peut rencontrer aussi une perte complète de la mémoire autobiographique pour une longue période de l'enfance, (le l'adolescence ou même de l'âge adulte. Le passage d'une identité à une autre est souvent déclenché par un stress psychosocial. Le temps nécessaire pour passer (l'une identité à l'autre est habituellement de quelques secondes ; plus rarement, la transition est progressive. Les comportements pouvant être fréquemment associés au passage d'une identité à une autre sont un rapide clignement d'yeux, (les modifications du visage, des changements de voix ou d'attitude, ou une rupture dans

le fil de la pensée. Le nombre d'identités varie de 2 à plus de 100. La moitié des cas rapportés dans la littérature comportent 10 identités ou moins.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Les sujets ayant un Trouble dissociatif de l'identité déclarent fréquemment avoir subi de graves sévices corporels et abus sexuels, en particulier pendant l'enfance. L'exactitude de tels récits est controversée, d'une part parce que les souvenirs d'enfance peuvent être déformés et que certains sujets atteints de ce trouble ont tendance à être facilement hypnotisables et particulièrement sensibles à la suggestion. Pourtant, les antécédents d'abus sexuels ou de sévices corporels rapportés par les sujets souffrant d'un Trouble dissociatif de l'identité sont souvent confirmés par des preuves objectives. Les individus ayant un Trouble dissociatif de l'identité peuvent présenter des symptômes post-traumatiques (p. ex., des cauchemars, des flash-backs, des réactions de sursaut) ou un état de stress post-traumatique. On peut observer des automutilations, (les comportements suicidaires et agressifs. Certains individus ont des relations avec autrui impliquant de façon répétitive violence physique et abus sexuel. Certaines des identités peuvent présenter des symptômes de conversion (p. ex., des pseudo-crises d'épilepsie) ou faire preuve d'une capacité peu ordinaire à contrôler la douleur ou d'autres symptômes physiques. Les individus ayant ce trouble peuvent avoir également des symptômes qui répondent aux critères diagnostiques d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble lié à une substance, d'un Trouble sexuel, d'un Trouble de l'alimentation, ou d'un Trouble du sommeil. Un comportement automutilatoire, une impulsivité, des changements soudains et excessifs d'attitude dans les relations interpersonnelles peuvent justifier un diagnostic concomitant de Personnalité borderline.

Examens complémentaires. Les scores aux mesures d'hypnotisabilité et de capacité dissociative des individus ayant un Trouble dissociatif de l'identité se situent à l'extrémité supérieure de la distribution. Certains indices physiologiques ou physiopathologiques pourraient varier d'une identité à l'autre (p. ex., l'acuité visuelle, la tolérance à la douleur, les symptômes d'asthme, la sensibilité aux allergènes et la réponse du glucose sanguin à l'insuline).

Examen physique et affections médicales générales. Il peut y avoir des cicatrices de lésions d'automutilation ou bien des traces de sévices corporels. Les sujets peuvent souffrir de migraines ou d'autres types de maux de tête, d'un syndrome du colon irritable et d'asthme.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Le Trouble dissociatif de l'identité a été retrouvé dans de nombreuses cultures dans le monde. Le diagnostic doit être porté avec précaution chez les enfants préadolescents car les manifestations peuvent être moins caractéristiques que chez l'adolescent et l'adulte. Le diagnostic de Trouble dissociatif de l'identité est fait trois à neuf fois plus fréquemment chez la femme adulte que chez l'homme adulte ; chez l'enfant, la répartition entre les sexes serait plus égale mais les données sont insuffisantes. Avec en moyenne 15 identités ou plus, les femmes ont tendance à avoir davantage d'identités que les hommes pour lesquels la moyenne est d'environ 8.

Prévalence

La soudaine augmentation du nombre de cas de Troubles dissociatifs de l'identité rapportés aux États-Unis ces dernières années a donné lieu à des interprétations très différentes. Pour certains, une meilleure connaissance de *ce* diagnostic parmi les professionnels de la santé mentale a permis l'identification de cas qui étaient ignorés jusqu'alors. Inversement, d'autres pensent que le diagnostic a été porté de façon excessive chez des individus hautement suggestibles.

Évolution

Le trouble dissociatif de l'identité semble avoir une évolution fluctuante mais qui tend à être chronique et récurrente. Il se passe en moyenne 6 à 7 années entre l'apparition du premier symptôme et le diagnostic. Des évolutions épisodiques aussi bien que chroniques ont été décrites. Le trouble peut devenir moins visible vers la cinquantaine mais il peut resurgir lors de stress, de traumatismes ou d'abus d'une substance.

Aspects familiaux

Plusieurs études laissent penser que le Trouble dissociatif de l'identité est plus fréquent chez les parents biologiques de premier degré de personnes qui ont le trouble que dans la population générale.

Diagnostic différentiel

Le Trouble dissociatif de l'identité doit être distingué des **symptômes provoqués par les effets physiologiques directs d'une affection médicale générale** (p. ex., l'épilepsie) (voir. p. 202). Cette distinction est fondée sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. Le Trouble dissociatif de l'identité doit être distingué des **symptômes dissociatifs dus à des crises partielles complexes,** bien que les deux troubles puissent coexister. Les crises comitiales sont en général brèves (30 secondes à 5 minutes) et n'impliquent pas cette structure complexe et persistantes (l'identités et de comportements caractéristiques du Trouble dissociatif de l'identité. De même, les antécédents de sévices corporels et d'abus sexuels sont plus rares dans les crises partielles complexes. Les explorations électroencéphalographiques, en particulier avec privation de sommeil et sonde nasopharyngée peuvent contribuer au diagnostic différentiel.

Les symptômes provoqués par les **effets physiologiques directs d'une substance** peuvent être distingués du Trouble dissociatif de l'identité parce qu'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) est considérée comme liée étiologiquement à la perturbation (voir p. 204).

Le diagnostic de Trouble dissociatif de l'identité prend le pas sur celui **d'Amnésie dissociative**, de **Fugue dissociative** et du **Trouble de dépersonnalisation.** Le Trouble dissociatif de l'identité peut être distingué des symptômes de transe et de possession — pour lesquels le diagnostic serait **Trouble dissociatif non spécifié ,** par le fait que dans les états de transe et de possession, les sujets racontent typiquement que des esprits ou des entités extérieures sont entrés dans leur corps et en ont pris le contrôle.

Le diagnostic différentiel entre le Trouble dissociatif de l'identité et bon nombre **d'autres troubles mentaux** (dont la **Schizophrénie** et les **autres Troubles psy-**

chotiques, le **Trouble bipolaire à cycles rapides,** les **Troubles anxieux,** le **Trouble somatisation** et les **Troubles de la personnalité)** est compliqué par d'apparents chevauchements symptomatiques. Ainsi, la présence de plusieurs personnalités peut être interprétée comme une idée délirante ou la communication entre différentes identités prise pour des hallucinations auditives, ce qui fait porter à tort le diagnostic de Trouble psychotique ; les changements d'identité sont confondus avec des fluctuations cycliques de l'humeur, ce qui conduit au diagnostic erroné de Trouble bipolaire. Les arguments en faveur du diagnostic de Trouble dissociatif de l'identité sont la présence d'une symptomatologie dissociative nette avec des changements soudains d'identité, la persistance et la stabilité dans le temps d'attitudes et de comportements propres à des identités spécifiques, une amnésie réversible, les preuves d'un comportement dissociatif antérieurement à l'examen clinique ou médico-légal (p. ex., rapportés par la famille ou des collègues de travail) et des scores élevés aux mesures d'hypnotisabilité et de dissociation chez des sujets qui n'ont pas les symptômes caractéristiques d'autres troubles mentaux.

Le trouble dissociatif *de* l'identité doit être distingué de la **Simulation** dans des situations Où il peut exister un bénéfice financier ou médico-légal, et des Troubles factices où l'on peut repérer un comportement général rie demande d'assistance.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Le Trouble dissociatif de l'identité (Personnalité multiple) figure clans la CIM-10 comme un exemple d'Autres troubles dissociatifs. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères diagnostiques du DSM-IV sont presque identiques.

Critères diagnostiques du F44.81 [300.14] Trouble dissociatif de l'identité

A. Présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts (chacun ayant ses modalités constantes et particulières de perception, de pensée et de relation concernant l'environnement et soi-même).

B. Au moins deux de ces identités ou « états rie personnalité » prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet.

C. Incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, trop marquée pour s'expliquer par une simple « mauvaise mémoire ».

D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., les trous de mémoire ou le comportement chaotique au cours d'une Intoxication alcoolique) ou d'une affection médicale générale (p. ex., les crises comitiales partielles complexes).

N.-B. : Chez l'enfant, les symptômes ne peuvent pas être attribués à des jeux d'imagination Ou à l'évocation de camarades imaginaires.

F48.1 [300.6] Trouble de dépersonnalisation

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du Trouble dépersonnalisation sont des épisodes prolongés ou récurrents de dépersonnalisation caractérisés par un sentiment de détachement ou d'éloignement de soi-même (Critère A). Le sujet peut avoir l'impression d'être un automate, de vivre dans un état de rêve ou encore de « tourner un film ». Il peut éprouver la sensation d'être un observateur extérieur de ses propres processus mentaux, de son propre corps, ou bien de certaines partie de son corps. On observe souvent différents types d'anesthésie sensitive, un manque de réaction affective, un sentiment de perte de contrôle de ses actes, notamment de ses propres paroles. Dans le Trouble de dépersonnalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte (le sujet a bien conscience qu'il s'agit seulement d'une sensation et qu'il n'est pas vraiment un automate) (Critère B). La dépersonnalisation est une expérience très courante et ce diagnostic n'est justifié que si les symptômes sont suffisamment graves pour provoquer une souffrance marquée ou une altération nette du fonctionnement (Critère C). La dépersonnalisation figure parmi les caractéristiques associées fréquentes de nombreux autres troubles mentaux et on ne fait pas un diagnostic séparé de Trouble de dépersonnalisation si cette expérience survient exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental (p. ex., la Schizophrénie, le Trouble panique, l'État de stress aigu ou un autre Trouble dissociatif). En outre, la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère D).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Il arrive souvent que les sujets ayant un Trouble de dépersonnalisation aient du mal à décrire leurs symptômes et craignent d'être ou d'être pris pour « fous ». Il peut s'y associer une déréalisation, vécue comme le sentiment que le monde extérieur est étrange ou irréel. Le sujet peut percevoir une modification inquiétante de la taille ou de la forme des objets (macropsie ou micropsie) ; les gens peuvent lui paraître étranges, parfois « robotisés ». Parmi les autres caractéristiques fréquemment associées figurent les symptômes anxieux, les symptômes dépressifs, les ruminations obsédantes, les préoccupations somatiques et une altération de la perception du temps. Dans certains cas, la perte des sentiments qui est caractéristique de la dépersonnalisation peut mimer un Trouble dépressif majeur ; dans d'autres cas, les deux troubles sont associés. Peuvent également s'associer au Trouble de dépersonnalisation l'Hypocondrie, la Dépression majeure et le Trouble dysthymique, les Troubles anxieux, les Troubles de la personnalité (particulièrement évitante, borderline et obsessionnelle-compulsive) et les Troubles liés à une substance. La dépersonnalisation et la déréalisation sont des symptômes très fréquents dans les Attaques de panique, particulièrement lorsque les symptômes anxieux font suite à un facteur (le stress traumatique, comme dans l'État de Stress post-traumatique. Si dépersonnalisation et déréalisation ne sont éprouvées que pendant les attaques de panique, un diagnostic séparé de Trouble de dépersonnalisation ne doit pas être porté.

Examens complémentaires. Les sujets ayant un Trouble de dépersonnalisation peuvent avoir des scores élevés d'hypnotisabilité et de capacité dissociative à des tests standardisés.

Caractéristiques liées à la culture

Des expériences volontaires de dépersonnalisation ou de déréalisation font partie des pratiques méditatives et des états de transe qui sont répandus clans de nombreuses religions et cultures. Elles ne doivent pas être confondues avec un Trouble de dépersonnalisation. Dans des échantillons cliniques, ce diagnostic est porté au moins deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Prévalence

La prévalence sur toute la vie du Trouble *de* dépersonnalisation dans la population générale et dans des échantillons cliniques est inconnue. Environ la moitié des adultes ont vécu un épisode unique et bref de dépersonnalisation à un moment de leur vie, avec généralement pour facteur précipitant un stress intense. Près d'un tiers des personnes exposées à une situation de danger vital et près de 40 % des patients hospitalisés pour des troubles mentaux vivent une expérience de dépersonnalisation transitoire.

Évolution

C'est en général à l'adolescence ou à l'âge adulte que les sujets atteints du Trouble de dépersonnalisation consultent pour demander un traitement, mais le début du trouble peut se situer dans l'enfance et passer inaperçu. Un âge moyen de début d'environ 16 ans a été signalé. Dans la mesure où la dépersonnalisation est rarement le motif de la consultation, les sujets ayant des épisodes récurrents de dépersonnalisation mettent souvent en avant un autre symptôme (l'anxiété, la panique ou la dépression). La durée des épisodes de dépersonnalisation peut varier de quelques secondes (épisode très bref) à quelques années (épisode prolongé). La dépersonnalisation consécutive à *des* situations rie danger vital (affrontements militaires, accidents traumatisants, crime violent) apparaît habituellement de façon soudaine au moment de l'exposition au traumatisme et des antécédents de traumatisme sont souvent associés à ce trouble. L'évolution est habituellement chronique, variant en intensité, mais elle peut également être épisodique. Le plus souvent les aggravations surviennent en relation avec des événements qui sont soit réellement stressants soit perçus comme tels.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de dépersonnalisation doit être distingué des **symptômes qui sont dus aux conséquences physiologiques d'une affection médicale générale spécifique (p.** ex., l'épilepsie) (voir p. 202). La distinction est fondée sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. **La dépersonnalisation provoquée par les effets physiologiques directs d'une substance** se différencie du Trouble de dépersonnalisation parce qu'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus ou médicament) est considérée comme liée étiologiquement à la dépersonnalisation (voir p. 204). L'alcool et un grand nombre d'autres substances peuvent donner lieu à une dépersonnalisation soit au cours d une **Intoxication aiguë** soit au

cours d'un Sevrage. D'autre part, l'utilisation de substances peut accentuer les symptômes d'un Trouble de dépersonnalisation préexistant. Pour parvenir a un diagnostic exact de Trouble de dépersonnalisation chez un individu qui a présenté des épisodes de dépersonnalisation induits par l'alcool ou par une substance, on doit retracer à la fois l'histoire de l'Abus de substances et celle des symptômes de dépersonnalisation. Un diagnostic séparé de Trouble de dépersonnalisation ne doit pas être porté quand les symptômes apparaissent uniquement au cours d'une Attaque de panique dans le cadre d'un Trouble panique, d'une Phobie sociale ou spécifique ou d'un État de stress post-traumatique ou aigu. A la différence de la Schizophrénie, l'appréciation de la réalité demeure intacte dans le Trouble de dépersonnalisation. Le sentiment d'engourdissement (p. ex., un « engourdissement » affectif) peut mimer la dépression. Cependant l'absence d'affectivité est associée dans le Trouble de dépersonnalisation d'autres manifestations de dépersonnalisation (p. ex., à un sentiment de détachement de soi-même) et elle est observée même lorsque le sujet n'est pas déprimé.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 comporte une catégorie unique, le Syndrome de dépersonnalisation- déréalisation, qui s'applique aux tableaux cliniques caractérisés soit par la dépersonnalisation, soit par la déréalisation. La catégorie correspondante du DSM-IV concerne seulement la dépersonnalisation ; la déréalisation n'y figure que comme une caractéristique associée.

Critères diagnostiques du F48.1 [300.6] Trouble de dépersonnalisation

A. Expérience prolongée ou récurrente d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou tic son propre corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve).

B. Pendant l'expérience de dépersonnalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte.

C. La dépersonnalisation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. L'expérience de dépersonnalisation ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental, comme la Schizophrénie, le Trouble panique, l'État de stress aigu ou un autre Trouble dissociatif, et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., l'épilepsie temporale).

F44.9 [300.15] Trouble dissociatif non spécifié

Cette catégorie est destinée à des troubles dont la caractéristique principale est un symptôme dissociatif (c.-à-d. la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement) mais qui ne répondent aux critères d'aucun des Troubles dissociatifs spécifiques. On peut donner les exemples suivants :

1. Tableaux cliniques identiques à celui du Trouble dissociatif de l'identité mais qui ne répondent pas à la totalité des critères de ce trouble. Cela peut être le cas par exemple si a) il n'y a pas deux états de personnalité distincts Ou plus, ou si b) il n'y a pas d'amnésie pour des souvenirs personnels importants.
2. Déréalisation sans dépersonnalisation chez l'adulte.
3. États de dissociation chez les sujets qui ont été soumis à des manoeuvres prolongées de persuasion coercitive (lavage de cerveau, redressement idéologique, endoctrinement en captivité).
4. État de transe dissociant[1] : perturbations de l'état de conscience, de l'identité ou (le la mémoire se produisant une fois ou bien de façon épisodique, propres à certains lieux et à certaines cultures. La transe dissociative implique un rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, et des comportements ou des mouvements stéréotypés que les sujets ressentent comme échappant à leur contrôle. Dans l'état de possession, il y a, à la place du sentiment de son identité propre, une identité nouvelle, ce qui est attribué à l'influence d'un esprit, d'une puissance, d'une divinité ou d'une autre personne, et peut s'accompagner de mouvements stéréotypés involontaires » ou d'une amnésie. C'est peut-être le Trouble dissociatif le plus fréquent en Asie. L'Amok (Indonésie), le *Bebainan* (Indonésie), le *Latah* (Malaisie), le *Pibloktoq* (Arctique), l'*Ataque de Nervios* (Amérique Latine) et la possession (Inde) en sont des exemples connus. Le trouble dissociatif ou l'état de transe ne fait pas partie de pratiques collectives culturelles ou religieuses largement admises (voir p. 902 pour les critères proposés pour la recherche).
5. Perte de conscience, stupeur ou coma qui ne peuvent pas être attribués à une affection médicale générale.
6. Syndrome de Ganser' : réponses approximatives aux questions posées (p. ex., « 2 plus 2 égalent 5 ») en dehors d'une Amnésie dissociative ou d'une Fugue dissociative.

1. Les codes de la CIM-10 permettent de distinguer la stupeur dissociative (F44.2), l'État de transe dissociatif (F44.3) et le Syndrome de Ganser (44.80) (N.d.T.)

Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle

Cette section comprend les Dysfonctions sexuelles, les Paraphilies et les Troubles de l'identité sexuelle. Les **Dysfonctions sexuelles** sont caractérisées par une perturbation du désir sexuel et des modifications psychophysiologiques qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle, et sont à l'origine d'une souffrance subjective marquée et (le difficultés interpersonnelles. Les Dysfonctions sexuelles incluent les Troubles du désir sexuel (c.-à-d. le Trouble : baisse du désir sexuel et le Trouble : aversion sexuelle), les Troubles de l'excitation sexuelle (c.-à-d. le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme et le Trouble de l'érection chez l'homme), les Troubles de l'orgasme (c.-à-d. le Trouble de l'orgasme chez la femme, le Trouble de l'orgasme chez l'homme, et l'Éjaculation précoce), les Troubles sexuels avec douleurs (c.-à-d. la Dyspareunie et le Vaginisme), la Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale, la Dysfonction sexuelle induite par une substance, et la catégorie des Dysfonctions sexuelles non spécifiées.

Les **Paraphilies** sont caractérisées par des impulsions sexuelles, (les fantaisies imaginatives, ou des comportements survenant de façon répétée et intense, qui impliquent des objets, activités ou situations inhabituels et sont à l'origine d'une souffrance subjective cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Les Paraphilies incluent l'Exhibitionnisme, le Fétichisme, le Frotteurisme, la Pédophilie, le Masochisme sexuel, le Sadisme sexuel, le Transvestisme fétichiste, le Voyeurisme, et la catégorie des l'amphilies non spécifiées.

Les **Troubles de l'identité sexuelle** sont caractérisés par une identification franche et persistante à l'autre sexe accompagnée d'un sentiment persistant (l'inconfort par rapport au sexe déclaré. L'identité sexuelle correspond à la perception par un individu de son propre statut sexuel, masculin ou féminin. Le terme dysphorie sexuelle désigne un sentiment d'inconfort franc et persistant par rapport au sexe déclaré, le désir d'acquérir l'apparence corporelle du sexe opposé, et le désir (l'être considéré par autrui comme faisant partie du sexe opposé. Les termes identité sexuelle et dysphorie sexuelle doivent être distingués du terme orientation sexuelle, qui correspond à l'attirance érotique envers les hommes, les femmes ou les deux sexes.

La catégorie des **Troubles sexuels non spécifiés** est incluse afin de pouvoir coder des troubles (lu fonctionnement sexuel qui ne peuvent être classés dans aucune des catégories spécifiées. Il est important de noter que les notions de déviance, de normalité de l'accomplissement de l'acte sexuel, et les concepts (l'identité (le rôle appropriée peuvent varier d'une culture à l'autre.

Dysfonctions sexuelles

Une dysfonction sexuelle est caractérisée par une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuels. Le déroulement de la réponse sexuelle peut être subdivisé en plusieurs phases :

1. *Désir :* cette phase consiste en des fantaisies imaginatives concernant la sexualité et en un désir (l'accomplir un acte sexuel.
2. *Excitation :* cette phase consiste en une sensation subjective de plaisir sexuel accompagnée des modifications physiologiques correspondantes. Chez l'homme, les modifications principales consistent en une intumescence pénienne et une érection. Chez la femme, les modifications principales consistent en une congestion vasomotrice généralisée du pelvis, accompagnée d'une lubrification et d'un élargissement vaginal et (l'une intumescence des organes génitaux externes.
3. *Orgasme :* cette phase consiste en une acmé du plaisir sexuel, accompagné d'un relâchement de la tension sexuelle et de contractions rythmiques des muscles périnéaux et des organes reproducteurs pelviens. Chez l'homme, survient une sensation irrépressible d'éjaculation, suivie de l'émission du sperme. Chez la femme, on constate des contractions de la paroi du tiers externe du vagin (qui ne sont pas toujours ressenties). Dans les deux sexes, survient une contraction rythmique du sphincter anal.
4. *Résolution :* cette phase consiste en une sensation de détente musculaire et un sentiment de bien-être général. Durant cette phase, l'homme est physiologiquement réfractaire pendant un certain temps à une érection ou à un orgasme. La femme, au contraire, peut être capable de répondre presque immédiatement à de nouvelles stimulations.

Les troubles de la réponse sexuelle peuvent concerner l'une ou plusieurs des phases de ce cycle. En cas d'existence de plusieurs dysfonctions sexuelles, toutes doivent être enregistrées. Dans les tableaux spécifiant les critères diagnostiques, aucune tentative n'est faite pour fixer une fréquence minimale, un ensemble de contextes, d'activités ou de types de rencontres sexuelles qui accompagnent obligatoirement ces perturbations. Le jugement diagnostique doit être établi par le clinicien qui prendra en considération des facteurs tels que l'âge et l'expérience de l'individu, la fréquence et la chronicité du trouble, le désarroi subjectif et le retentissement dans d'autres domaines du fonctionnement. La formule « répété ou persistant » utilisée dans les critères diagnostiques indique le nécessaire recours à un tel jugement clinique. On ne fera pas le diagnostic d'une Dysfonction sexuelle correspondant à l'excitation ou à l'orgasme si la stimulation sexuelle est inadéquate en intensité, en durée ou quant à son orientation.

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début, le contexte, et les facteurs étiologiques associés aux Dysfonctions sexuelles. En présence de Dysfonctions sexuelles multiples, les sous-types appropriés correspondant à chacune (l'entre elles

peuvent être notés. Ces sous-types ne s'appliquent pas au diagnostic d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale ou à une Dysfonction sexuelle induite par une substance.

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser le mode de début de la Dysfonction sexuelle :

Type de tout temps. Ce sous-type s'applique quand la Dysfonction sexuelle était présente dès le début de l'activité sexuelle.

Type acquis. Ce sous-type s'applique quand la Dysfonction sexuelle n'apparaît qu'après une période d'activité sexuelle normale.

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser le contexte dans lequel apparaît la Dysfonction sexuelle :

Type généralisé. Ce sous-type s'applique quand la Dysfonction sexuelle ne se limite pas à un certain type de stimulations, de situations ou de partenaires.

Type situationnel. Ce sous-type s'applique quand la Dysfonction sexuelle se limite à un certain type de stimulations, de situations ou de partenaires. Le schéma situationnel spécifique de la dysfonction peut aider au diagnostic différentiel. Par exemple, l'existence d'une fonction masturbatoire normale en présence d'une altération du fonctionnement relationnel avec le/la partenaire fait suspecter que la plainte principale d'une dysfonction érectile est davantage due à un problème interpersonnel ou intrapsychique qu'imputable à une affection médicale générale ou à une substance.

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser les facteurs étiologiques associés à la Dysfonction sexuelle :

Due à des facteurs psychologiques. Ce sous-type s'applique quand on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la Dysfonction sexuelle, et quand aucune affection médicale générale ni aucune substance ne joue un rôle dans l'étiologie de la Dysfonction sexuelle.

Due à une combinaison de facteurs. Ce sous-type s'applique quand 1) on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la Dysfonction sexuelle et quand 2) on estime également qu'une affection médicale générale ou l'utilisation d'une substance contribue à la Dysfonction sexuelle mais ne l'explique pas entièrement. Si une affection médicale générale ou l'utilisation d'une substance (y compris les effets secondaires d'un médicament) rend entièrement compte de la Dysfonction sexuelle, le diagnostic est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale (p.645) et/ou celui d'une Dysfonction sexuelle induite par une substance (p. 649).

Troubles associés

Une dysfonction sexuelle peut être associée à des Troubles de l'humeur et à des Troubles anxieux (Trouble obsessionnel-compulsif, Trouble panique avec agoraphobie, et Phobie spécifique).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Le jugement clinique relatif à la présence d'une Dysfonction sexuelle doit prendre en considération le contexte ethnique, culturel, religieux et social qui peut avoir une influence sur le désir sexuel, les anticipations et les attitudes relatives à l'accomplissement de l'acte sexuel. Par exemple, dans certaines sociétés, on attache moins d'importance aux désirs sexuels de la femme (en particulier quand la préoccupation principale est la fertilité). L'âge peut être associé à une diminution de l'intérêt sexuel et de l'activité sexuelle (en particulier chez les hommes), mais il y a de grandes différences d'un individu à l'autre dans le retentissement de l'âge.

Prévalence

Il y a très peu de données épidémiologiques systématiques relatives à la prévalence des diverses dysfonctions sexuelles, et elles sont extrêmement variables, ce qui reflète probablement des différences dans les méthodes d'évaluation, les définitions utilisées et les caractéristiques des échantillons de population. L'enquête la plus exhaustive à l'heure actuelle, réalisée sur un échantillon représentatif de la population des États-Unis dans une tranche d'âge de 18 à 59 ans, donne les taux de prévalences suivants pour diverses plaintes d'ordre sexuel : 3 % pour la dyspareunie masculine, 15 % pour la dyspareunie féminine, 10 % pour les problèmes d'orgasme chez l'homme, 25 % pour les problèmes d'orgasme chez la femme, 33 % pour la baisse du désir sexuel chez la femme, 27 % pour l'éjaculation précoce, 20 % pour les problèmes d'excitation sexuelle chez la femme, et 10 % pour les difficultés d'érection chez l'homme. La prévalence des difficultés d'érection chez l'homme augmente également après 50 ans. Ces plaintes sexuelles n'auraient peut-être pas rempli les critères diagnostiques d'un Trouble sexuel selon le DSM-IV. On ne dispose pas d'estimations des taux de prévalence pour l'aversion sexuelle, le vaginisme, les dysfonctions sexuelles dues à une affection médicale générale, et les dysfonctions sexuelles induites par une substance.

Diagnostic différentiel

Si on estime que la Dysfonction sexuelle est causée exclusivement par les effets physiologiques d'une affection médicale générale spécifique, le diagnostic est celui d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale (p.** 645). Cette détermination est fondée sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si on estime que la Dysfonction sexuelle est causée exclusivement par les effets physiologiques d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament ou de l'exposition à une substance toxique, le diagnostic est celui d'une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** (voir p. 649). Le clinicien doit s'enquérir soigneusement de la nature et de l'étendue de l'utilisation de substances, y compris rie médicaments. Des symptômes qui surviennent pendant ou peu *rie* temps après (c.-à-d. dans les 4 semaines qui suivent) une Intoxication par une substance ou après l'utilisation d'un médicament seraient particulièrement indicatifs d'une Dysfonction sexuelle induite par une substance selon le type ou la quantité de substance utilisée ou la durée de son usage.

Si le clinicien a établi que la Dysfonction sexuelle est due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, on peut porter les deux diagnostics

(c.-à-d. Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance)

On fait un diagnostic de Dysfonction sexuelle primaire avec le sous-type **Due à une combinaison de facteurs** si on estime qu'une combinaison de facteurs psychologiques et soit d'une affection médicale générale, soit (l'une substance, joue un rôle étiologique et qu'aucune étiologie n'explique à elle seule entièrement la dysfonction. Si le clinicien ne peut pas mettre en évidence les rôles étiologiques de facteurs psychologiques, d'une affection médicale générale, et de l'utilisation d'une substance, le diagnostic sera celui d'une **Dysfonction sexuelle non spécifiée.**

De même, on ne fait pas le diagnostic d'une Dysfonction sexuelle si la dysfonction est mieux expliquée par un autre trouble (le l'Axe I (p. ex., si la diminution du désir survient exclusivement dans le contexte d'un Épisode dépressif majeur). Cependant, si la perturbation du fonctionnement sexuel précède le trouble de l'Axe I ou si elle justifie, en elle-même, un examen clinique, un diagnostic additionnel de Dysfonction sexuelle peut également être porté. En cas de présence d'une dysfonction sexuelle (par exemple, un trouble de l'excitation sexuelle), il n'est pas rare que des Dysfonctions sexuelles additionnelles soient également présentes (p. ex., un Trouble : baisse du désir sexuel). Dans ce cas, toutes les dysfonctions doivent être diagnostiquées. Un **Trouble de la personnalité** peut coexister avec une Dysfonction sexuelle. Dans un tel cas, la Dysfonction sexuelle doit être codée sur l'Axe I et le Trouble de la personnalité sur l'Axe II. Si une autre situation clinique telle qu'un **Problème relationnel,** est associée à la perturbation du fonctionnement sexuel, la Dysfonction sexuelle doit être diagnostiquée et l'autre situation clinique sera également enregistrée sur l'Axe I. Des perturbations occasionnelles du désir sexuel, de l'excitation sexuelle et de l'orgasme qui ne sont ni persistants ni récurrents, ou ne s'accompagnent pas de désarroi prononcé ou de difficultés relationnelles ne sont pas considérés comme des Dysfonctions sexuelles.

Troubles du désir sexuel

F52.0 [302.711 Trouble : baisse du désir sexuel

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble : baisse du désir sexuel est une déficience ou une absence de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel ou de désir d'activité sexuelle (Critère A). La perturbation doit être à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés relationnelles (Critère B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère C). La baisse du désir sexuel peut être globale et concerner toutes les formes d'expression de la sexualité ou peut être situationnelle et limitée à un partenaire ou à une activité sexuelle spécifique (p. ex., les relations sexuelles mais pas la masturbation). Le sujet est peu motivé dans la recherche des stimulus et éprouve peu de frustration quand il est privé de la possibilité d'une activité sexuelle. Habituellement, il ne prend pas l'initiative d'une activité sexuelle ou ne s'y livre qu'avec réticence quand son partenaire en prend l'initiative. Bien que la fré-

quence des rapports sexuels soit habituellement réduite, elle peut être augmentée du fait de la pression du partenaire ou de besoins non sexuels (p. ex., de bien-être physique ou d'intimité). Du fait de l'absence de données sur les normes de fréquence ou d'intensité du désir sexuel en fonction de l'âge ou du sexe, le diagnostic repose sur un jugement clinique fondé sur les caractéristiques personnelles et interpersonnelles, le cadre de vie, et le contexte culturel. Il se peut que le clinicien doive examiner les deux partenaires quand des divergences de désir sexuel conduisent à une demande de consultation d'un professionnel. Une apparente « baisse du désir sexuel » chez l'un des partenaires peut refléter en fait un besoin excessif d'activité sexuelle chez l'autre partenaire. Ou bien, les deux partenaires peuvent avoir un niveau de désir sexuel qui se situe dans les limites *de* la normale, mais aux deux extrêmes du continuum.

Sous-types

Des sous-types sont disponibles afin de préciser le mode de début **(de tout temps** *versus* **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques** ou **dû à une combinaison de facteurs)** du Trouble : baisse du désir sexuel (voir la description p. 618).

Caractéristiques et Troubles associés

Une diminution de l'intérêt sexuel est souvent associée à des problèmes d'excitation sexuelle ou à des difficultés orgasmiques. La déficience du désir sexuel peut être la dysfonction primaire ou peut être la conséquence du désarroi émotionnel induit par des perturbations de l'excitation ou de l'orgasme. Néanmoins, certains sujets ayant un désir sexuel faible restent capables d'une excitation sexuelle et d'un orgasme adéquats en réponse à une stimulation sexuelle. Des affections médicales générales peuvent avoir un effet délétère non spécifique sur le désir sexuel du fait d'un affaiblissement, d'une douleur, de problèmes de l'image du corps, ou de préoccupations concernant l'avenir. Les Troubles dépressifs sont souvent associés à une diminution du désir sexuel et le début de la dépression peut précéder, accompagner ou être la conséquence d'une déficience du désir sexuel. Les sujets ayant un Trouble : baisse du désir sexuel peuvent avoir des difficultés à instaurer des relaxions sexuelles stables et peuvent éprouver une insatisfaction conjugale ou connaître des ruptures.

Évolution

L'âge de début dans sa forme : de tout temps du Trouble : baisse du désir sexuel se situe à la puberté. Dans la majorité des cas, le trouble se développe chez l'adulte, après une période d'intérêt sexuel adéquat, en association à un désarroi psychologique, des événements stressants ou des difficultés relationnelles. La perte du désir sexuel peut être continue ou épisodique, dépendant de facteurs psychosociaux ou relationnels. Un mode épisodique de perte de désir sexuel se rencontre chez certains individus en relation avec des problèmes à accepter l'intimité et l'engagement relationnel.

Diagnostic différentiel

Le Trouble : baisse du désir sexuel doit être distingué d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié sera celui d'une

Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale si on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques d'une affection médicale générale spécifiée (voir p. 645). Cette détermination sera fondée sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Certaines affections médicales générales telles que (les anomalies neurologiques, hormonales ou métaboliques peuvent altérer spécifiquement les substrats physiologiques du désir sexuel. Des anomalies (les taux *de* testostérone totale, de testostérone libre et de prolactine peuvent témoigner de troubles hormonaux responsables d'une perte du désir sexuel. Si un trouble : baisse du désir sexuel et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la Dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, on fait un diagnostic de Trouble : baisse du désir sexuel dû à une combinaison de facteurs.

Contrairement au Trouble : baisse du désir sexuel, une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** est estimée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., un médicament antihypertenseur, une substance donnant lieu à abus) (voir p. 649). Si un Trouble : baisse du désir sexuel et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de la substance utilisée, on fera un diagnostic de Trouble : baisse du désir sexuel dû à une combinaison de facteurs. Si on estime que la diminution du désir sexuel est due exclusivement aux effets physiologiques directs à la fois d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance, on fera à la fois un diagnostic de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et de Dysfonction sexuelle induite par une substance.

Le Trouble : baisse du désir sexuel peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Dysfonction érectile chez l'homme). Dans ce cas, les deux diagnostics peuvent être enregistrés. Généralement, on ne fait pas le diagnostic additionnel d'un Trouble : baisse du désir sexuel si la diminution du désir sexuel peut être mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble obsessionnel-compulsif, État de stress post-traumatique). Un diagnostic additionnel peut être approprié quand la baisse du désir précède le trouble de l'Axe I ou si elle justifie, en elle-même, un examen clinique. Des problèmes occasionnels de désir sexuel qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles ne sont pas considérés comme un Trouble : baisse du désir sexuel.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, ce trouble est appelé Absence ou perte de désir sexuel.

Critères diagnostiques du F52.0 1302.711 Trouble : baisse du désir sexuel

A. Déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle. Pour faire la différence entre déficience et absence, le clinicien doit tenir compte des facteurs qui retentissent sur le fonctionnement sexuel, tels que l'âge et le contexte existentiel du sujet.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

F52.10 1302.791 Trouble : aversion sexuelle

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble : aversion sexuelle est une aversion et un évitement actif des contacts sexuels génitaux avec un partenaire sexuel (Critère A). La perturbation doit être à l'origine d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). La Dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (sauf une autre Dysfonction sexuelle) (Critère C). Le sujet fait part d'une réaction (l'anxiété, d'appréhension Ou d'une réaction de dégoût quand il est confronté a une occasion de relation sexuelle avec un partenaire. L'aversion pour le contact génital peut se focaliser sur un aspect particulier de l'expérience sexuelle (p. ex., les

sécrétions génitales, la pénétration vaginale). Certaines sujets éprouvent une répugnance généralisée à tous les stimulus sexuels, y compris les baisers et les caresses. L'intensité de la réaction (le l'individu exposé au stimulus aversif peut aller d'une anxiété modérée et d'une absence de plaisir à une détresse psychologique extrême.

Sous-types

Pour le Trouble : aversion sexuelle des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** *versus* **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** (voir les descriptions p. 618).

Caractéristiques et Troubles associés

Quand ils sont confrontés à une situation sexuelle, certains sujets ayant une Aversion sexuelle sévère peuvent ressentir des Attaques de panique avec anxiété extrême, sentiments de terreur, malaises, nausées, palpitations, vertiges et difficultés respiratoires. Les relations interpersonnelles peuvent être très altérées (p. ex., insatisfaction conjugale). Les sujets peuvent éviter les situations sexuelles ou les partenaires sexuels potentiels en ayant recours à des stratégies indirectes (p. ex., en allant se coucher plus tôt, en voyageant, en négligeant leur apparence extérieure, en consommant des substances et en investissant excessivement des activités professionnelles, sociales ou familiales).

Diagnostic différentiel

Un Trouble : aversion sexuelle peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Dyspareunie). Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être enregistrés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel du Trouble : aversion sexuelle si l'aversion sexuelle peut mieux s'expliquer par un **autre trouble de l'Axe I** (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble obsessionnel-compulsif, État de Stress post-traumatique). Un diagnostic additionnel peut être fait si l'aversion précède le trouble de l'Axe I ou si elle justifie, en elle-même, un examen clinique. Bien qu'une aversion sexuelle puisse remplir les critères d'une **Phobie spécifique,** ce diagnostic additionnel ne doit pas être porté. Une **Aversion sexuelle occasionnelle** ni persistante, ni récurrente, ne s'accompagnant pas de souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles n'est pas considérée comme un Trouble : aversion sexuelle.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV diffèrent sur plusieurs points. Contrairement au DSM-IV, qui limite l'affection à une aversion pour les contacts sexuels génitaux et à leur évitement, la CIM-10 inclut également des tableaux cliniques dans lesquels l'activité sexuelle s'accompagne de sentiments très négatifs et d'une incapacité à ressentir du plaisir ». Dans la CIM-10, l'aversion ne doit pas être due à une anxiété concernant la performance. Enfin, d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit persister au moins 6 mois.

Critères diagnostiques du F52.10 1302.791 Trouble : aversion sexuelle

A. Aversion extrême, persistante ou répétée, et évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire sexuel.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe 1 (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle).

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

Troubles de l'excitation sexuelle

F52.2 1302.721 Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme est une incapacité à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une réactivité sexuelle adéquate (lubrification, intumescence) (Critère A). La réactivité sexuelle de la phase d'excitation consiste en une congestion vasomotrice du pelvis, une lubrification et un élargissement vaginal et une intumescence des organes génitaux externes. La perturbation doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés relationnelles (Critère B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris des médicaments) ou d'une affection médicale générale (Critère C)

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début (de tout temps ou acquis), le contexte (généralisé *versus* situationnel) et les facteurs étiologiques (dû

à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs) du Trouble (le l'excitation sexuelle chez la femme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et Troubles associés

Des données limitées suggèrent que le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme s'accompagne souvent de Troubles du désir sexuel et d'un Trouble (le l'orgasme chez la femme. Les femmes atteintes d'un Trouble de l'excitation sexuelle peuvent avoir peu ou pas du tout de sensation subjective d'excitation sexuelle. Le trouble peut occasionner des rapports sexuels douloureux, un évitement sexuel et une perturbation des relations conjugales ou sexuelles.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme doit être distingué d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale quand on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale spécifiée (p. ex., réduction des taux d'oestrogènes à la ménopause ou ultérieurement, vaginite atrophique, diabète sucré, radiothérapie pelvienne) (voir p. 645). On a également constaté une réduction de la lubrification pendant la lactation. Cette détermination sera fondée sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux conséquences physiologiques directes de l'affection médicale générale, alors, on fera un diagnostic de Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme dû à une combinaison de facteurs.

Contrairement au Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme, une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** est jugée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., réduction de la lubrification causée par les antihypertenseurs ou les antihistaminiques) (voir p. 649). Si un Trouble de l'excitation sexuelle et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'utilisation de la substance, on fait le diagnostic de Trouble de l'excitation sexuelle dû à une combinaison de facteurs.

Si on estime que les problèmes d'excitation sont dus exclusivement aux effets physiologiques à la fois d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance, alors, on fait les deux diagnostics de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et de Dysfonction sexuelle induite par une substance.

Le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme peut également survenir en association avec (l'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble de l'orgasme chez la femme). Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel de Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme si le problème d'excitation sexuelle peut être attribué à un autre Trouble de l'Axe I (p. ex., Dépression majeure, Trouble obsessionnel-compulsif, État de Stress post-traumatique). On peut faire un diagnostic additionnel si le problème d'excitation sexuelle précède le trouble de l'Axe I ou s'il justifie, en lui-même, un examen clinique. Des **Problèmes occasionnels d'excitation sexuelle** qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interper-

sonnelles ne sont pas considérés comme un Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme. Un diagnostic de Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme n'est pas approprié si les problèmes d'excitation sont dus à une stimulation sexuelle inadéquate en intensité, en durée ou quant à son orientation.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, ce trouble est appelé Échec de la réponse génitale.

Critères diagnostiques du F52.2 [302.72] Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

A. Incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une activité sexuelle adéquate (lubrification, intumescence).

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

F52.2 [302.72] Trouble de l'érection chez l'homme

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'érection chez l'homme est une incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate (Critère A). L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre Trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris des médicaments) ou d'une affection médicale générale (Critère C).

Il existe différents modes de dysfonction érectile. Certains sujets relatent une incapacité à obtenir une érection dès le début de l'acte sexuel. D'autres se plaignent d'avoir dans un premier temps une érection adéquate, puis d'avoir une détumescence quand ils tentent la pénétration. D'autres encore disent avoir une érection suffisamment ferme pour permettre la pénétration, mais avoir ensuite une détumescence avant ou pendant l'intromission. Certains hommes disent pouvoir obtenir une érection uniquement pendant la masturbation ou au réveil. Il peut y avoir également une perte des capacités érectiles masturbatoires mais cela n'est pas courant.

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** ou **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** du Trouble de l'érection chez l'homme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

Les difficultés érectiles du Trouble de l'érection chez l'homme sont souvent associées à une anxiété sexuelle, une peur de l'échec, un souci de la performance sexuelle et une diminution de la sensation subjective d'excitation et de plaisir sexuel. La dysfonction érectile peut causer des ruptures des relations conjugales ou sexuelles existantes et peut-être à l'origine de mariages non consommés ou d'infertilité. Ce trouble peut être associé à un Trouble : baisse du désir sexuel et à une Éjaculation précoce. Les sujets atteints de Troubles de l'humeur et de Troubles liés à une substance relatent souvent des problèmes d'excitation sexuelle.

Évolution

Les diverses formes de Trouble (le l'érection chez l'homme présentent des évolutions différentes, et l'âge de début varie beaucoup. Les quelques individus qui n'ont jamais pu avoir une érection suffisante pour accomplir un acte sexuel avec un partenaire ont classiquement un trouble chronique, de tout temps. Les cas où le trouble est acquis peuvent connaître une rémission spontanée pendant 15 à 30 % du temps. Les cas situationnels peuvent dépendre du type de partenaire ou de l'intensité ou (le la qualité de la relation et sont épisodiques et souvent récurrents.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'érection chez l'homme doit être distingué d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale quand on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale spécifiée (p. ex., diabète sucré, sclérose multiple, insuffisance rénale, neuropathie périphérique, maladie vasculaire périphérique, lésion de la moelle épinière, lésion du système nerveux autonome postchirurgicale ou postradique) (voir p. 645). Cette détermination est fondée sur les antécédents (p. ex., altération de la fonction érectile au cours de la masturbation), les examens complémentaires ou l'examen physique. Les études de l'intumescence pénienne nocturne peuvent démontrer l'existence d'érections survenant pendant le sommeil et peuvent aider à différencier les troubles érectiles primaires d'un Trouble de l'érection chez l'homme dû à une affection médicale générale. Les études (le la pression artérielle pénienne, les examens pléthysmographiques, ou l'écho-Doppler peuvent mettre en évidence une origine vasculaire à la diminution de la fonction érectile. Des investigations invasives telles que les tests pharmacologiques intracaverneux ou l'angiographie peuvent établir la présence de problèmes de flux artériel. La cavernographie peut évaluer la fonction veineuse. Si un Trouble de l'érection chez l'homme et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction érectile n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'affection médicale générale, on fait le diagnostic de Trouble de l'érection chez l'homme dû à une combinaison de facteurs.

On distingue une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** d'un Trouble de l'érection chez l'homme par le fait que la dysfonction sexuelle est jugée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., antihypertenseurs, antidépresseurs, neuroleptiques, substances donnant lieu à abus) (voir p. 649). Si un Trouble de l'érection chez l'homme et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de la substance utilisée, on fait le diagnostic de Trouble de l'érection chez l'homme dû à une combinaison de facteurs.

Si on estime que les problèmes d'excitation sexuelle sont dus exclusivement aux effets physiologiques directs à la fois d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance, on fait les deux diagnostics de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et de Dysfonction sexuelle induite par une substance.

Le Trouble de l'érection chez l'homme peut aussi survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., éjaculation précoce). Dans ce cas, les deux troubles peuvent être notés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel de Trouble (le l'érection chez l'homme si le trouble de l'érection peut mieux s'expliquer par un **autre trouble de l'Axe I** (p. ex., Dépression majeure, Trouble obsessionnel-compulsif). Un diagnostic additionnel peut être fait si le trouble de l'érection précède le trouble de l'Axe I ou s'il justifie, en lui-même, un examen clinique. Des **Problèmes occasionnels à obtenir une érection** qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles ne sont pas considérés comme un Trouble de l'érection chez l'homme. Il n'est également pas approprié de faire un diagnostic de Trouble de l'érection chez l'homme si la dysfonction érectile est due à une stimulation sexuelle inadéquate en intensité, en durée et quant à son orientation. Avec l'âge, les hommes peuvent avoir besoin d'une plus forte stimulation ou peuvent mettre plus de temps à atteindre une

érection complète. Ces modifications physiologiques ne doivent pas être considérées comme un Trouble de l'érection chez l'homme.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche *de la* CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. *Dans la CIM-10, ce* trouble est appelé *Échec* de la réponse génitale.

Critères diagnostiques du F52.2 [302.721 Trouble de l'érection chez l'homme

A. Incapacité persistante ou *répétée* à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou *de* difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction érectile n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I C) l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

Troubles de l'orgasme

F52.3 [302.731 Trouble de l'orgasme chez la femme *(auparavant* Inhibition de l'orgasme chez la femme)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'orgasme chez la femme est une absence ou un retard répété ou persistant de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale (Critère A). Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Le diagnostic d'un Trouble de l'orgasme chez la femme doit reposer sur le jugement du clinicien, qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être étant donné son âge, son expérience sexuelle et l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue. La perturbation doit être à l'origine d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à part une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris des médicaments) ou d'une affection médicale générale (Critère C)

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** ou **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** du Trouble de l'orgasme chez la femme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

Aucune association n'a été retrouvée entre des traits de personnalité ou une psychopathologie spécifiques et la dysfonction orgasmique chez la femme. Le Trouble de l'orgasme chez la femme peut affecter l'image du corps, l'estime de soi, ou la satisfaction relationnelle. D'après des études contrôlées, la capacité orgasmique n'est pas corrélée à la taille du vagin ou au tonus musculaire pelvien. Bien que les femmes atteintes de lésions de la moelle épinière, d'exérèse de la vulve, ou d'excision et de reconstruction vaginale aient relaté une capacité à atteindre l'orgasme, une dysfonction orgasmique est fréquemment rapportée chez les femmes présentant ces affections. Cependant, en général, les affections médicales générales chroniques comme le diabète ou le cancer pelvien ont plutôt tendance à altérer la phase excitatoire de la réponse sexuelle, préservant relativement la capacité orgasmique.

Évolution

Comme la capacité orgasmique de la femme augmente en fonction de la croissance rie l'expérience sexuelle, le Trouble de l'orgasme chez la femme pourrait être plus fréquent chez les femmes plus jeunes. La plupart des troubles de l'orgasme chez la femme sont de tout temps, plutôt qu'acquis. Une fois qu'une femme a réussi à atteindre l'orgasme, il est rare qu'elle perde cette capacité, à moins qu'une mauvaise communication

sexuelle, un conflit relationnel, une expérience traumatisante (p. ex., un viol), un Trouble de l'humeur, ou une affection médicale générale n'intervienne. Quand la dysfonction orgasmique ne se produit que dans certaines situations, des difficultés de désir et d'excitation sexuelle sont souvent présentes en plus du trouble orgasmique. Beaucoup de femmes accroissent leur capacité orgasmique en expérimentant une plus grande diversité de stimulations et en acquérant plus de connaissances sur le fonctionnement de leur propre corps.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'orgasme chez la femme doit être distingué d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale quand on estime que la Dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale spécifiée (p. ex., lésions de la moelle épinière) (voir p. 645). Cette détermination repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si un Trouble de l'orgasme chez la femme et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la Dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'affection médicale générale, on fait un diagnostic de Trouble de l'orgasme chez la femme, dû à une combinaison de facteurs.

Contrairement au Trouble de l'orgasme chez la femme, une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** est jugée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., antidépresseurs, benzodiazépines, neuroleptiques, antihypertenseurs, opiacés) (voir p. 649). Si un Trouble de l'orgasme chez la femme et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la Dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'utilisation de la substance, on fait le diagnostic de Trouble de l'orgasme chez la femme, dû à une combinaison de facteurs.

Si on estime que les problèmes d'excitation sont dus exclusivement aux effets physiologiques à la fois d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance, on fait les deux diagnostics : Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance.

Le Trouble de l'orgasme chez la femme peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme). Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel de Trouble de l'orgasme chez la femme si le problème d'orgasme peut être attribué à un **autre Trouble de l'Axe I** (p. ex., Trouble dépressif majeur). On peut faire un diagnostic additionnel si le problème d'orgasme précède le trouble de l'Axe I ou s'il justifie, en lui-même, un examen clinique. Des **Problèmes orgasmiques occasionnels** qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles ne sont pas considérés comme un Trouble de l'orgasme chez la femme. Un diagnostic de Trouble de l'orgasme chez la femme n'est pas approprié si les problèmes d'excitation sont dus à une stimulation sexuelle inadéquate en intensité, en durée ou quant à son orientation.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, les critères diagnostiques du dysfonctionnement orgasmique sont identiques pour les hommes et pour les femmes.

Critères diagnostiques du F52.3 [302.731 Trouble de "orgasme chez la femme

A. Absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme chez la femme repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu *de* son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction orgasmique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

F52.3 [302.741 Trouble de l'orgasme chez l'homme *(auparavant* Inhibition de l'orgasme chez l'homme)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble de l'orgasme chez l'homme est une absence ou un retard répété ou persistant de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. En évaluant le retard de l'orgasme, le clinicien doit tenir compte de l'âge du sujet et du caractère adéquat de la stimulation en intensité, en durée et quant à son orientation (Critère A). L'affection doit être à l'origine d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). La dysfonction orgasmique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris des médicaments) ou d'une affection médicale générale (Critère C). Dans la forme la plus commune du Trouble de l'orgasme chez l'homme, un homme ne parvient pas à atteindre l'orgasme pendant un rapport sexuel, bien qu'il puisse éjaculer après stimulation manuelle ou orale de la partenaire. Certains hommes présentant un Trouble de l'orgasme peuvent atteindre un orgasme coïtal, mais uniquement après stimulation non coïtale très intense et prolongée. Certains ne peuvent éjaculer qu'en se masturbant. Un sous- groupe encore plus rare n'éprouvent un orgasme qu'au moment où ils s'éveillent après avoir fait un rêve érotique.

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** ou **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** du Trouble de l'orgasme chez l'homme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

De nombreux hommes ne ressentant pas (l'orgasme pendant le coït décrivent une sensation d'excitation au début de la rencontre sexuelle, puis graduellement, l'intromission devient plus une corvée qu'un plaisir. Un mode d'excitation sexuelle paraphilique peut être présente. Quand un homme dissimule à sa femme son absence d'orgasme coïtal, le couple peut présenter une infertilité dont la cause est inconnue. L'affection peut causer une perturbation des relations conjugales ou sexuelles existantes. L'homme peut généralement atteindre l'orgasme en dépit d'affections vasculaires ou neurologiques interférant avec la rigidité de l'érection. La sensation orgasmique et les contractions musculaires striées accompagnant l'orgasme restent intactes chez les hommes avant perdu leur prostate et leurs vésicules séminales à la suite d'un acte chirurgical radical pelvien pour cancer. L'orgasme peut également se produire en l'absence d'émission de semen (p. ex., quand les ganglions lymphatiques ont été lésés après un acte chirurgical ou une neuropathie périphérique).

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'orgasme chez l'homme doit être distingué d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.** Le diagnostic approprié est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale quand on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale spécifiée (p. ex., hyperprolactinémie) (voir p. 645). Cette détermination repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Un test du seuil de sensibilité peut montrer une diminution du seuil de sensibilité cutanée du pénis du fait d'une affection neurologique (p. ex., lésion de la moelle épinière, neuropathies sensitives). Si le Trouble de l'orgasme chez l'homme et une Affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux conséquences physiologiques directes de l'affection médicale générale, on fait un diagnostic de Trouble de l'orgasme chez l'homme dû à une combinaison de facteurs.

Contrairement au Trouble de l'orgasme chez l'homme, une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** est jugée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., alcool, opiacés, antihypertenseurs, antidépresseurs, neuroleptiques) (voir p. 649). Si un Trouble de l'orgasme et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la Dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'utilisation de la substance, on fait le diagnostic de Trouble de l'orgasme chez l'homme dû à une combinaison de facteurs.

Si on estime que la dysfonction orgasmique est due exclusivement aux effets physiologiques à la fois d'une affection médicale générale et de l'utilisation d'une substance, on fait les deux diagnostics : Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance.

Le Trouble de l'orgasme chez l'homme peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble de l'érection chez l'homme). Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel de Trouble de l'orgasme chez l'homme si la dysfonction orgasmique peut être attribué à un autre Trouble de l'Axe I (p. ex., Trouble dépressif majeur). On peut faire un diagnostic additionnel si la dysfonction orgasmique précède le trouble de l'Axe I ou si elle justifie, en elle-même, un examen clinique. Plusieurs types de Dysfonctions sexuelles (p. ex., éjaculation sans plaisir orgasmique, orgasme sans éjaculation séminale ou avec écoulement séminal au lieu d'une propulsion éjaculatoire) feront poser le diagnostic de **Dysfonction sexuelle non spécifiée** au lieu de celui de Trouble de l'orgasme chez l'homme. Des **Problèmes orgasmiques occasionnels** qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles ne sont pas considérés comme un Trouble de l'orgasme chez l'homme. Un diagnostic de Trouble de l'orgasme chez l'homme n'est pas approprié si les problèmes d'excitation sont dus à une stimulation sexuelle inadéquate en intensité, en durée ou quant à son orientation.

Avec l'âge, les hommes peuvent avoir besoin d'une plus longue période de stimulation avant d'atteindre l'orgasme. Le clinicien doit également établir que la stimulation a été suffisante pour permettre d'atteindre l'orgasme.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, les critères diagnostiques du dysfonctionnement orgasmique sont identiques pour les hommes et pour les femmes.

Critères diagnostiques du F52.3 [302.74] Trouble de l'orgasme chez l'homme

A. Absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité, en durée et quant à son orientation, compte tenu de l'âge du sujet.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La dysfonction orgasmique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

F52.4 [302.75] Éjaculation précoce

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Éjaculation précoce est la survenue répétée et persistante d'un orgasme et d'une éjaculation lors de stimulations sexuelles minimes, avant, pendant ou juste après la pénétration et avant que le sujet ne souhaite éjaculer (Critère A). Le clinicien doit tenir compte de facteurs qui influencent la durée de la

phase excitatoire, tels que l'âge, la nouveauté du partenaire sexuel ou de la situation, et la fréquence récente de l'activité sexuelle. La majorité des hommes atteints de ce trouble sont capables, lorsqu'ils se masturbent, de différer l'orgasme d'un délai considérablement plus long qu'au cours du coït. L'estimation par les partenaires du temps qui s'écoule depuis le début du rapport sexuel jusqu'à l'éjaculation peut être très variable, de même que leur jugement sur le fait que l'éjaculation précoce est ou non un problème. L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés relationnelles (Critère B). L'éjaculation précoce n'est pas due exclusivement aux effets directs d'une substance (p. ex., sevrage d'opiacés) (Critère C).

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début (de tout temps ou acquis), le contexte (généralisé *versus* situationnel) et les facteurs étiologiques (dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs) du Trouble de l'orgasme chez l'homme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

De même que d'autres Dysfonctions sexuelles, l'éjaculation précoce peut créer une certaine tension relationnelle. Certains hommes non mariés hésitent à sortir avec de nouvelles partenaires de peur de l'embarras causé par ce trouble. Cela peut contribuer à un isolement social.

Évolution

Une majorité d'hommes jeunes apprennent à différer l'orgasme avec l'âge et l'expérience sexuelle, mais certains continuent à éjaculer précocement et peuvent demander à être aidés pour ce trouble. Certains hommes sont capables de différer l'éjaculation dans le cadre d'une relation de longue durée, mais rencontrent une récurrence de l'Éjaculation précoce quand ils ont une nouvelle partenaire. Typiquement, l'Éjaculation précoce se rencontre chez les hommes jeunes et est présente au cours de leurs premières tentatives *de* rapports sexuels. Cependant, certains hommes perdent la capacité de différer l'orgasme après une période de fonctionnement adéquat. Quand le trouble survient après une période de fonctionnement sexuel adéquat, il existe souvent un contexte de réduction de la fréquence de l'activité sexuelle, d'anxiété intense de performance avec une nouvelle partenaire ou de perte du contrôle éjaculatoire liée à des difficultés à atteindre ou à maintenir les érections. Certains hommes qui ont cessé de consommer régulièrement rie l'alcool peuvent développer une Éjaculation précoce du fait qu'ils ont compté sur l'alcool pour différer leur orgasme plutôt que d'apprendre d'autres stratégies comportementales.

Diagnostic différentiel

On doit distinguer l'Éjaculation précoce d'une **Dysfonction** érectile liée à l'évolution d'une affection médicale générale (voir p. 645). Certains sujets atteints de dysfonction érectile peuvent négliger les stratégies qu'ils utilisent habituellement pour retarder l'orgasme. D'autres requièrent une stimulation prolongée non coïtale afin de développer un degré d'érection suffisant pour permettre l'intromission. Chez de tels

individus, l'excitation sexuelle peut être si forte que l'éjaculation se produit immédiatement. Des problèmes d'éjaculation précoce occasionnels qui ne sont ni persistants ni récurrents ou qui ne s'accompagnent pas d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles n'entrent pas dans le cadre (l'un diagnostic d'Éjaculation précoce. Le clinicien doit également prendre en considération l'âge du sujet, son expérience sexuelle générale, son activité sexuelle récente, et la nouveauté du partenaire. Quand des problèmes (l'Éjaculation précoce sont exclusivement liés à l'utilisation (l'une substance (p. ex., l'utilisation (l'opiacés), on peut faire le diagnostic d'une Dysfonction sexuelle induite par une substance (voir p. 649).

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la *CIM-10* et les critères du *DSM-IV* sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois.

Critères diagnostiques de F52.4 [302.751 L'éjaculation précoce

A. Trouble de l'éjaculation persistant ou répété lors de stimulations sexuelles minimes avant, pendant, ou juste après la pénétration, et avant que le sujet ne souhaite éjaculer. Le clinicien doit tenir compte des facteurs qui modifient la durée de la phase d'excitation sexuelle tels que l'âge, la nouveauté de l'expérience sexuelle ou du partenaire et la fréquence de l'activité sexuelle récente.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. L'éjaculation précoce n'est pas due exclusivement aux effets directs d'une substance (p. ex., un sevrage aux opiacés)

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

Troubles sexuels avec douleur

F52.6 [302.76] Dyspareunie (non due à une affection médicale générale)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'une Dyspareunie est une douleur génitale qui est associée aux rapports sexuels (Critère A). Bien qu'elle soit éprouvée le plus souvent pendant le coït, elle peut également se produire avant ou après les rapports. Le trouble peut survenir chez l'homme comme chez la femme. Chez la femme, la douleur peut être décrite comme superficielle pendant l'intromission ou comme profonde pendant le va et vient du pénis. L'intensité des symptômes peut aller d'une légère gêne à une douleur aiguë. L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). La perturbation n'est pas due exclusivement à un Vaginisme ou à un manque de lubrification, n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à part une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (Critère C)

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** ou **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** de la Dyspareunie (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

La Dyspareunie est rarement une plainte dominante dans un service de santé mentale. Les sujets souffrant de Dyspareunie s'adressent habituellement aux services de médecine générale pour être traités. Typiquement, l'examen physique des individus atteints de ce trouble ne met pas en évidence d'anomalies génitales. Le fait d'éprouver de manière répétée une douleur génitale pendant le coït peut avoir pour résultat un évitement des expériences sexuelles existantes ou une limitation du développement de nouvelles relations sexuelles.

Évolution

Les informations disponibles, limitées, suggèrent que l'évolution de la Dyspareunie a tendance à être chronique.

Diagnostic différentiel

La Dyspareunie doit être distinguée d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale** (voir p. 645). Le diagnostic approprié est celui d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale quand on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection

médicale générale spécifiée (p. ex., insuffisance de lubrification vaginale, pathologie pelvienne telle que des infections vaginales ou des voies urinaires, tissu cicatriciel vaginal, endométriose ; ou adhérences, atrophie vaginale postménopausique, déficit temporaire en oestrogènes pendant la lactation, inflammation ou infection des voies urinaires, ou affections gastro-intestinales). Cette détermination repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Si la Dyspareunie chez la femme et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que la dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux conséquences physiologiques directes de l'affection médicale générale, on fait un diagnostic de Dyspareunie due à une combinaison de facteurs.

Contrairement à la Dyspareunie, une **Dysfonction sexuelle induite par une substance** est jugée être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., réduction de la lubrification causée par les antihypertenseurs ou les antihistaminiques) (voir p. 649). On a relaté l'existence d'orgasmes douloureux sous fluphénazine, thioridazine et amoxapine. Si une Dyspareunie et l'utilisation d'une substance sont tous deux présents, mais qu'on estime que la Dysfonction sexuelle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs de l'utilisation de la substance, on fait le diagnostic de Dyspareunie due à une combinaison de facteurs.

Si on estime que la douleur sexuelle est due exclusivement aux effets physiologiques à la fois d'une
fait les deux diagnostics : Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance.

On ne porte pas le diagnostic de Dyspareunie si la douleur est causée exclusivement par un vaginisme ou un manque de lubrification. La Dyspareunie peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble de l'orgasme chez la femme). Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés. Généralement, on ne fait pas de diagnostic additionnel de Dyspareunie si la douleur sexuelle peut être attribué à un autre Trouble de l'Axe I (p. ex., Somatisation). On peut faire un diagnostic additionnel si la douleur sexuelle précède le trouble de l'Axe I ou si elle justifie, en elle-même, un examen clinique. La Dyspareunie peut également survenir en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (sauf le Vaginisme) et si les critères sont remplis pour les deux troubles, les deux doivent être enregistrés. Une douleur occasionnelle associée aux rapports sexuels qui n'est ni persistante ni récurrente ou qui ne s'accompagne pas d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles n'est pas considérée comme une Dyspareunie.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, ce trouble est appelé dyspareunie non organique.

Critères diagnostiques de F52.6 1302.761 La dyspareunie

A. Douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels, soit chez l'homme, soit chez la femme.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La perturbation n'est pas due exclusivement à un vaginisme ou à un manque de lubrification, n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

F52.5 1306.511 Vaginisme (non dû à une affection médicale générale)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Vaginisme est une contraction involontaire, répétée et persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum (Critère A). L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles (Critère B). L'affection n'est pas mieux expliquée par un autre trouble (le l'Axe I (à part une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (Critère C). Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher un spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration.

Sous-types

Des sous-types sont disponibles pour préciser le mode de début **(de tout temps** ou **acquis),** le contexte **(généralisé** *versus* **situationnel)** et les facteurs étiologiques **(dû à des facteurs psychologiques, dû à une combinaison de facteurs)** du Vaginisme (voir descriptions p. 618).

Caractéristiques et troubles associés

Les réponses sexuelles (p. ex., désir, plaisir, capacité orgasmique) peuvent ne pas être altérées tant qu'une pénétration n'est pas tentée ou anticipée. L'obstruction physique due à la contraction musculaire empêche habituellement le coït. De ce fait, l'affection peut limiter le développement des relations sexuelles et interrompre des relations existantes. On a rapporté des cas de non consommation de mariage et (l'infertilité associés à cette affection. Le diagnostic est souvent porté au cours d'examens gynécologiques de routine où, en réaction à l'examen pelvien, on peut observer immédiatement une contraction de l'orifice vaginal. Dans certains cas, l'intensité de la contraction peut être si sévère ou prolongée qu'elle est à l'origine d'une douleur. Cependant, chez certaines femmes, le vaginisme ne se produit qu'au cours des rapports sexuels et pas pendant un examen gynécologique. L'affection est plus souvent retrouvée chez les jeunes femmes que chez les femmes plus âgées, chez des femmes ayant une attitude négative envers le sexe et chez les femmes ayant des antécédents d'abus ou de traumatismes sexuels.

Évolution

Le Vaginisme, dans sa forme : de tout temps, débute habituellement de façon brusque, se manifestant pour la première fois au cours des tentatives initiales de pénétration sexuelle par un partenaire ou au cours des premiers examens gynécologiques. Une fois que le trouble s'est installé, l'évolution est habituellement chronique, à moins d'une amélioration par un traitement. Le Vaginisme acquis peut également apparaître soudainement *en* réaction à un traumatisme sexuel ou à une affection médicale générale.

Diagnostic différentiel

Le Vaginisme doit être distingué d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale (voir p. 645). Le diagnostic approprié est celui d'une **Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale** quand on estime que la dysfonction est due exclusivement aux effets physiologiques d'une affection médicale générale spécifiée (p. ex., endométriose ou infection vaginale). Cette détermination repose sur les antécédents, les examens complémentaires ou l'examen physique. Le Vaginisme peut persister en tant que problème séquellaire après la résolution de l'affection médicale générale. Si le Vaginisme et une affection médicale générale sont tous deux présents, mais qu'on estime que les spasmes vaginaux ne sont pas dus exclusivement aux effets physiologiques directs de l'affection médicale générale, on fait un diagnostic de Vaginisme dû à une combinaison de facteurs. Le Vaginisme peut également se produire en association avec d'autres Dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble : baisse du désir sexuel). Dans cc cas, les deux diagnostics doivent être enregistrés. Bien qu'une douleur associée aux rapports sexuels puisse se produire dans le Vaginisme, on ne porte

pas un diagnostic additionnel de **Dyspareunie.** Un diagnostic additionnel de Vaginisme n'est habituellement pas fait quand les spasmes vaginaux peuvent être mieux expliqués par une **autre affection de l'Axe I** (p. ex., Somatisation). Un diagnostic additionnel peut être fait si les spasmes vaginaux précèdent le Trouble de l'Axe I ou s'ils justifient, en eux-mêmes, un examen clinique.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont pratiquement identiques ; d'après les critères de la CIM-10, la perturbation doit toutefois persister au moins six mois. Dans la CIM-10, ce trouble est appelé vaginisme non organique.

Critères diagnostiques du F52.5 1306.511 Vaginisme

A. Spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Somatisation) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :
Type de tout temps
Type acquis

Spécifier le type :
Type généralisé
Type situationnel

Spécifier :
Dû à des facteurs psychologiques
Dû à une combinaison de facteurs

Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'une Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale est la présence d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative qu'on juge être due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. La Dysfonction sexuelle peut impliquer une douleur associée aux rapports sexuels, une baisse du désir sexuel, une dysfonction érectile chez l'homme, ou d'autres formes de dysfonctions sexuelles (p. ex., Trouble de l'orgasme) et doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles (Critère A). On doit mettre en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la Dysfonction est entièrement expliquée par les effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (Critère B). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Trouble dépressif majeur) (Critère C).

Quand le clinicien cherche à déterminer si la Dysfonction sexuelle est due exclusivement à une affection médicale générale, il doit premièrement établir la présence d'une affection médicale générale. Ensuite, le clinicien doit établir que la Dysfonction sexuelle est liée étiologiquement à l'affection médicale générale par un mécanisme physiologique. Pour ce jugement, un examen soigneux et complet de multiples facteurs est nécessaire. Bien qu'il n'y ait pas de directives infaillibles permettant de déterminer si la relation entre la Dysfonction sexuelle et l'affection médicale générale est d'ordre étiologique, plusieurs arguments fournissent des repères dans ce domaine. Un des arguments est la présence d'une relation temporelle entre le début, l'exacerbation ou la rémission de l'affection médicale générale et celle de la Dysfonction sexuelle. Un deuxième argument est la présence de caractéristiques qui sont atypiques pour une Dysfonction sexuelle primaire (p. ex., âge de début ou évolution atypique) Des données de la littérature suggérant qu'il peut y avoir une association directe entre l'affection médicale en question et le développement de la Dysfonction sexuelle peuvent fournir un cadre de référence utile à l'examen d'une situation particulière. En outre, le clinicien doit aussi établir que l'affection n'est pas mieux expliquée par une Dysfonction sexuelle primaire, une Dysfonction sexuelle induite par une substance ou un autre trouble mental primaire (p. ex., Trouble dépressif majeur). Ces déterminations sont expliquées de façon plus détaillée dans la section « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209).

En revanche, on fait un diagnostic de Dysfonction sexuelle avec le sous-type « due à une combinaison de facteurs » si on juge qu'une combinaison de facteurs psychologiques et soit une affection médicale générale, soit une substance, ont un rôle étiologique mais qu'aucune étiologie unique ne suffit à expliquer la dysfonction.

Sous-types

Le code diagnostique et la formulation de la Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale sont sélectionnées sur la hase de la Dysfonction sexuelle prédominante. Les formulations dont la liste figure ci-dessous doivent être utilisées à la place de la rubrique générale « Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale ».

N94.8 [625.8] Trouble : baisse du désir sexuel chez la femme due *à... [indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une déficience ou une absence de désir sexuel chez la femme.

N50.8 [608.89] Trouble : baisse du désir sexuel chez l'homme due *[indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une déficience ou une absence de désir sexuel chez l'homme.

N48.4 [607.84] Trouble de l'érection chez l'homme dû à... *[indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une dysfonction érectile chez l'homme.

N94.1 [625.0] Dyspareunie chez la femme due à... *[indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une douleur associée aux rapports sexuels chez la femme.

N50.8 [608.89] Dyspareunie chez l'homme due *à... [indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une douleur associée aux rapports sexuels chez l'homme.

N94.8 [625.8] Autre Dysfonction sexuelle chez la femme due à... *[indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si, chez la femme, une autre caractéristique est prédominante (p. ex., Trouble de l'orgasme) ou si aucune caractéristique ne prédomine.

N50.8 [608.89] Autre Dysfonction sexuelle chez l'homme due à... *[indiquer l'affection médicale générale].* Ce terme est utilisé si, chez l'homme, une autre caractéristique est prédominante (p. ex., Trouble de l'orgasme) ou si aucune caractéristique ne prédomine.

Procédures d'enregistrement

En enregistrant le diagnostic de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale, le clinicien doit inscrire à la fois la phénoménologie spécifique de la dysfonction (à partir de la liste ci-dessus) et l'affection médicale générale identifiée que l'on juge être à l'origine de la dysfonction, sur l'Axe 1 (p. ex., N48.4 [607.84]. Trouble de l'érection chez l'homme dû à un diabète sucré). Le code CIM-9-MC de l'affection médicale générale est également noté sur l'Axe III (p. ex., E10.4 [250.0] Diabète sucré). (Se reporter à l'Annexe G pour une sélection de codes diagnostiques (CIM-9-MC) des affections médicales générales.)

Affections médicales générales associées

Diverses affections médicales générales peuvent être à l'origine d'une Dysfonction sexuelle, y compris des affections neurologiques (p. ex., sclérose multiple, lésions de la moelle épinière, neuropathie, lésion du lobe temporal), affections endocriniennes (p. ex., diabète sucré, hypothyroïdie, hyper- et hypocorticisme, hyperprolactinémie, états hypogonadiques, dysfonction pituitaire), des affections vasculaires et des affections uro-génitales (par ex, maladie testiculaire, maladie de La Peyronie, infections de l'urètre, complications de la prostatectomie, blessure ou infection génitale, vaginite

atrophique, infections du vagin et des organes génitaux externes, complications post-chirurgicales telles que des cicatrices d'épisiotomie, raccourcissement vaginal, cystite, endométriose, prolapsus utérin, infections pelviennes, néoplasmes, ovariectomie sans substitution hormonale, et effets secondaires des traitements anticancéreux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). L'expérience clinique courante suggère que la Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale est habituellement généralisée. Les données associées issues de l'examen physique et des examens complémentaires et les modes de prévalence et de début sont le reflet de l'affection médicale générale causale.

Diagnostic différentiel

On ne fait un diagnostic de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale que si la dysfonction sexuelle est entièrement expliquée par les effets directs d'une affection médicale générale. Si des facteurs psychologiques jouent également un rôle dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou l'entretien d'une dysfonction sexuelle, le diagnostic sera celui de **Dysfonction sexuelle primaire** (avec le sous-type **due à une combinaison de facteurs).** Quand on cherche à déterminer si la Dysfonction sexuelle est primaire ou si elle est due exclusivement aux effets directs d'une affection médicale générale, la composante la plus importante de cette évaluation est représentée par les antécédents psychosexuels et médicaux complets. Chez l'homme, des tests tels que la tumescence pénienne nocturne, des examens vasculaires, et l'injection d'activateurs tissulaires peuvent être utiles à l'évaluation. Chez la femme, il est important de faire un examen gynécologique soigneux pour établir cette détermination, tout particulièrement quand on évalue les Troubles sexuels avec douleurs chez la femme. Des investigations neurologiques et endocriniennes peuvent être utiles chez l'homme comme chez la femme.

Si on a pu démontrer l'existence d'un usage récent ou prolongé d'une substance (y compris un médicament), d'un sevrage d'une substance, ou d'une exposition à une substance toxique, et si la dysfonction sexuelle est entièrement expliquée par les effets directs de la substance, on doit envisager une **Dysfonction sexuelle induite par une substance.** Le clinicien doit faire une investigation soigneuse de la nature et de l'étendue de l'utilisation de substance, en incluant les médicaments. Des symptômes qui apparaissent pendant ou peu de temps après (c.-à-d. *en* l'espace de 4 semaines) une Intoxication par une substance ou après l'utilisation d'un médicament peuvent être particulièrement indicateurs d'une Dysfonction sexuelle induite par une substance, en fonction du type ou de la quantité de substance utilisée ou de la durée de son utilisation. Si le clinicien a établi que la dysfonction sexuelle était due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, les deux diagnostics peuvent être portés (c.-à-d. Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance).

Une baisse du désir sexuel, une dysfonction de la phase excitatoire et, dans une moindre mesure, une dysfonction orgasmique peuvent également représenter les symptômes d'un **Trouble dépressif majeur.** Dans un Trouble dépressif majeur, aucun mécanisme physiopathologique causal spécifique et direct associé à une affection médicale générale ne peut être démontré. La Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale doit être distinguée d'une **diminution de l'intérêt et du fonctionnement sexuel qui peut accompagner le vieillissement.**

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

La CRI-10 ne comporte pas de critères diagnostiques pour les Dysfonctions sexuelles dues à une affection médicale générale. Dans la CIM-10. cette catégorie est incluse dans le Chapitre XIV « Maladies de l'appareil génito-urinaire »

Critères diagnostiques d'une dysfonction sexuelle due *à... [Indiquer l'affection médicale générale)*

A. Présence, au premier plan du tableau clinique, d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

B. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la dysfonction sexuelle est entièrement expliquée par les effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., un Trouble dépressif majeur).

Sélectionner le code et la formulation en se fondant sur la dysfonction sexuelle prédominante :

N94.8 [625.8] Trouble : baisse du désir sexuel chez la femme due à... ***[indiquer l'affection médicale générale].*** Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une déficience ou une absence de désir sexuel chez la femme.

N50.8 [608.89] Trouble : baisse du désir sexuel chez l'homme due à... ***[indiquer l'affection médicale générale].*** Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une déficience ou une absence de désir sexuel chez l'homme.

N48.4 [607.84] Trouble de l'érection chez l'homme dû à... ***[indiquer l'affection médicale générale].*** Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une dysfonction érectile chez l'homme.

N94.1 [625.0] Dyspareunie chez la femme due à... ***[indiquer l'affection médicale générale].*** Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une douleur associée aux rapports sexuels chez la femme.

N50.8 [608.89] Dyspareunie chez l'homme due à... ***[indiquer l'affection médicale générale].*** Ce terme est utilisé si la caractéristique prédominante est une douleur associée aux rapports sexuels chez l'homme.

(suite)

☐ **Critères diagnostiques d'une dysfonction sexuelle due *à... [Indiquer l'affection médicale générale]*** *(suite)*

N94.8 [625.8] Autre Dysfonction sexuelle chez la femme due *à... [indiquer l'affection médicale générale]*. Ce terme est utilisé si, chez la femme, une autre caractéristique est prédominante (p. ex., Trouble de l'orgasme) ou si aucune caractéristique ne prédomine.

N50.8 [608.89] Autre Dysfonction sexuelle chez l'homme due *à... [indiquer l'affection médicale générale]*. Ce terme est utilisé si, chez l'homme, une autre caractéristique est prédominante (p. ex., Trouble de l'orgasme) ou si aucune caractéristique ne prédomine.

Note pour la cotation : Inscrire le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe 1, par exemple 607.84 Trouble de l'érection chez l'homme dû à un diabète sucré ; coder également l'affection médicale générale sur l'Axe III (se reporter à l'Annexe G pour les codes).

F1x.8 Dysfonction sexuelle induite par une substance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'une Dysfonction sexuelle induite par une substance est une dvsfonction sexuelle cliniquement significative qui cause un désarroi marqué ou des difficultés interpersonnelles (Critère A). Selon la substance impliquée, la dysfonction peut consister en une altération du désir, de l'excitation, de l'orgasme ou en une douleur pendant les rapports sexuels. On estime que la dysfonction est entièrement expliquée par les effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament, ou l'exposition à une substance toxique) (Critère B). L'affection n'est pas mieux expliquée par une Dysfonction sexuelle non induite par une substance (Critère C). On doit faire ce diagnostic et non celui d'une Intoxication par une substance uniquement quand les symptômes sexuels excèdent ceux qui sont généralement associés au syndrome d'intoxication et quand les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique. Pour une discussion plus détaillée des Troubles liés à une substance, voir p. 221.

On distingue une Dysfonction sexuelle induite par une substance d'une Dysfonction sexuelle primaire en considérant le début et l'évolution. Pour les substances donnant lieu à abus, on doit démontrer l'existence d'une intoxication d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Les Dysfonctions sexuelles induites par une substance apparaissent uniquement en association avec une intoxication, alors que les Dysfonctions sexuelles primaires peuvent précéder le début de l'utilisation de la substance ou survenir pendant des périodes d'abstinence prolongée de la substance. Les facteurs suggérant que la dysfonction est mieux expliquée par une Dysfonction sexuelle primaire comprennent la persistance de la dysfonction

pendant une période de temps conséquente (p. ex., un mois ou plus) après la fin de l'intoxication par la substance, le développement d'une dysfonction qui excède largement *ce à* quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type ou la quantité de substance utilisée ou la durée de son utilisation, et des antécédents de Dysfonctions sexuelles primaires récurrentes.

Spécifications

Les spécifications suivantes de la Dysfonction sexuelle induite par une substance sont choisies sur la base de la Dysfonction sexuelle prédominante. Bien que la présentation clinique de la dysfonction sexuelle puisse ressembler à l'une des Dysfonctions sexuelles primaires spécifiques, la totalité des critères *de* l'un quelconque de ces troubles ne doivent pas être réunis.

Avec altération du désir sexuel. Cette spécification est employée si la caractéristique prédominante est une déficience ou une absence de désir sexuel.

Avec altération de l'excitation sexuelle. Cette spécification est employée si la caractéristique prédominante est une altération de l'excitation sexuelle (p. ex., dysfonction érectile, altération de la lubrification).

Avec altération de l'orgasme. Cette spécification est employée si la caractéristique prédominante est une altération de l'orgasme.

Avec douleur sexuelle. Cette spécification est employée si la caractéristique prédominante est une douleur associée aux rapports sexuels.

Les Dysfonctions sexuelles induites par une substance débutent habituellement pendant l'intoxication par la substance, ce qui peut être indiqué en inscrivant **avec début pendant l'Intoxication.**

Procédures d'enregistrement

Le nom de la Dysfonction sexuelle induite pat une substance indique la substance spécifique (p. ex., alcool, fluoxétine) présumée être à l'origine de la Dysfonction sexuelle. Le code diagnostique est choisi parmi la liste des classes de substances figurant dans la récapitulation des critères. Pour les substances qui ne rentrent dans aucune des classes (p. ex., la fluoxétine), le code pour « Autre substance » doit être employé. De plus, pour les médicaments prescrits à dose thérapeutique, la médication spécifique peut être indiquée en inscrivant le code E approprié sur l'Axe I (se reporter à l'Annexe G). I,e nom du trouble est suivi de la spécification du tableau symptomatique prédominant (p. ex., F14.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne, avec altération de l'excitation). Quand on estime que plus d'une substance joue un rôle significatif clans le développement de la dysfonction sexuelle, chacune d'elles devra être notée séparément (p. ex., F10.8 [291.81 Dysfonction sexuelle induite par l'alcool, avec altération de l'excitation ; F19.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par la fluoxétine, avec altération de l'orgasme). Si on estime que le facteur étiologique est une substance, mais si cette substance spécifique ou la classe de substance est inconnue, la catégorie F19.8 [292.89] Dysfonction sexuelle induite par une substance inconnue peut être employée.

Substances spécifiques

Les Dysfonctions sexuelles peuvent être associées à une intoxication par les classes de substances suivantes : alcool ; amphétamines et substances amphétaminiques ; cocaïne ; opiacés ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; et autres substances ou substances inconnues. On a relaté qu'une intoxication aiguë par des substances donnant lieu à abus ou un abus chronique de ces substances diminuait l'intérêt sexuel et causait des problèmes d'excitation dans les deux sexes. Une diminution de l'intérêt sexuel (dans les deux sexes) et des Troubles de l'orgasme (plus fréquemment chez l'homme) peuvent également être causés par des médicaments prescrits dont des antihypertenseurs, des antagonistes des récepteurs H2 à l'histamine, des antidépresseurs (spécialement les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine), des neuroleptiques, des anxiolytiques, des stéroïdes anabolisants, et des antiépileptiques. Des orgasmes douloureux avec la fluphénazine, la thioridazine et l'amoxapine ont été signalés. Un priapisme a été rapporté avec l'utilisation de chlorpromazine, de trazodone et de clozapine, ainsi qu'à la suite d'injections intrapéniennes de papavérine ou de prostaglandine. Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine peuvent être à l'origine d'une diminution du désir sexuel ou de troubles de l'excitation. Des médicaments tels que les agents antihypertenseurs ou les stéroïdes anabolisants peuvent également favoriser une humeur dépressive ou irritable en plus de la Dysfonction sexuelle, et un diagnostic additionnel de Trouble de l'humeur induit par une substance peut être justifié. L'expérience clinique suggère fortement que la Dysfonction sexuelle induite par une substance est habituellement généralisée (c.-à-d. non limitée à certains types de stimulations, situations 00 partenaires).

Diagnostic différentiel

Des dysfonctions sexuelles induites par une substance apparaissent fréquemment au cours d'une Intoxication par une substance. Le diagnostic de l'intoxication par la substance spécifique suffit habituellement à catégoriser le tableau clinique. Un diagnostic de Dvsfonction sexuelle induite par une substance sera fait plutôt qu'un diagnostic d'intoxication par une substance seulement si on estime que la dysfonction sexuelle excède celle qui est généralement associée au syndrome d'intoxication et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, à eux seuls, un examen clinique. Si des facteurs psychologiques jouent également un rôle dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou l'entretien d'une dysfonction sexuelle, le diagnostic est celui de Dysfonction sexuelle primaire (avec le sous-type : due à une combinaison de facteurs).

On distingue une Dysfonction sexuelle induite par une substance d'une Dysfonction sexuelle primaire par le fait que les symptômes sont jugés être entièrement expliqués par les effets directs d'une substance (voir p. 649).

Une Dysfonction sexuelle induite par une substance due à un traitement prescrit pour un trouble mental ou une affection médicale générale doit débuter pendant que le sujet prend le médicament (p. ex., un médicament antihypertenseur). Une fois que le traitement est interrompu, la Dysfonction sexuelle rétrocédera en l'espace de quelques jours à plusieurs semaines (selon la demi-vie de la substance). Si la dysfonction sexuelle persiste, on devra envisager d'autres causes à la dysfonction. Des effets secondaires de médicaments prescrits qui affectent la fonction sexuelle peuvent conduire les individus à ne pas suivre la prescription médicamenteuse s'ils estiment que les incon-

vénients du médicament en terme de performance sexuelle l'emportent sur ses bénéfices.

Comme les sujets atteints d'une affection médicale générale prennent souvent des médicaments pour traiter ces affections, le clinicien doit envisager la possibilité que la dysfonction provienne des conséquences physiologiques de l'affection médicale générale plutôt que du médicament, auquel cas, le diagnostic de Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale sera fait. La base principale de ce jugement est souvent fournie par les antécédents. Parfois, une modification du traitement donné pour l'affection médicale générale (p. ex., substitution ou arrêt du médicament) peut être nécessaire pour déterminer empiriquement si le médicament est l'agent causal chez cette personne. Si le clinicien a établi que la dysfonction est due à la fois à une affection médicale générale et à l'utilisation d'une substance, les deux diagnostics Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale et Dysfonction sexuelle induite par une substance) sont portés. Si on ne dispose pas d'éléments pour déterminer si la dysfonction sexuelle est due à une substance (y compris un médicament) ou à une affection médicale générale, ou si elle est primaire (c.-à-d. due ni à une substance, ni à une affection médicale générale), le diagnostic de Dysfonction sexuelle non spécifiée est indiqué.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la **CIM-10***

La CIM-10 ne comporte pas de critères diagnostiques pour les dysfonctions sexuelles induites par une substance.

Critères diagnostiques de F lx.8 Dysfonction sexuelle induite par une substance

A. Présence, au premier plan du tableau clinique, d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

B. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la dysfonction sexuelle est entièrement expliquée par l'utilisation d'une substance, comme en témoigne la présence soit *de* (1) soit de (2) :

(1) les symptômes du Critère A sont apparus pendant une Intoxication à une substance ou dans le mois qui a suivi
(2) la perturbation est liée étiologiquement à la prise d'un médicament

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une Dysfonction non induite par une substance. Les arguments suivants permettent de préciser que les symptômes sont mieux expliqués par une Dysfonction sexuelle non induite par une substance : les symptômes précèdent le début de la prise d'une substance ou de la dépendance à une substance (ou de la prise d'un médicament) ; les symptômes persistent

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F1x.8 Dysfonction sexuelle induite par une substance *(suite)*

pendant une période de temps conséquente (c.-à-d. pendant environ un mois) après la fin de l'intoxication, ou dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation ; 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 récurrents non liés à une substance).

N.-B. : On doit faire ce diagnostic et non celui d'une Intoxication par une substance uniquement quand la dysfonction sexuelle excède celle qui est habituellement associée au syndrome d'intoxication et quand la dysfonction est suffisamment sévère pour justifier à *elle* seule un examen clinique

Codage de la dysfonction sexuelle induite par [Substance spécifique] (F10.8 [291.89] Alcool ; F15.8 [292.89] Amphétamine (ou substance amphétaminique) ; F14.8 [292.89] Cocaïne ; F11.8 [292.89] Opiacé ; F13.8 [292.89] Sédatif, Hypnotique ou Anxiolytique ; F19.8 [292.89] Autre substance fou substance *inconnue*])

Spécifier :

Avec altération du désir sexuel
Avec altération de l'excitation sexuelle
Avec altération de l'orgasme
Avec douleur pendant les rapports sexuels

Spécifier :

Avec début pendant une Intoxication : répond aux critères d'une Intoxication à la substance et les symptômes sont apparus pendant le syndrome d'intoxication

F52.9 1302.70] Dysfonction sexuelle non spécifiée

Cette catégorie comprend les dysfonctions sexuelles qui ne remplissent les critères d'aucune Dysfonction sexuelle spécifique. Par exemple :

1. Absence (ou diminution importante) de sensations érotiques subjectives malgré une excitation et un orgasme normaux.
2. Situations clans lesquelles le clinicien a conclu à la présence d'une dysfonction sexuelle mais où il n'est pas en mesure de déterminer si elle est primaire, due à une affection médicale générale, ou induite par une substance.

Paraphilies

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles d'une Paraphilie sont des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant 1) des objets inanimés, 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois (Critère A). Chez certaines personnes, des fantaisies imaginatives ou des stimulus paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation érotique et font toujours partie de l'acte sexuel. Dans d'autres cas, les préférences paraphiliques n'apparaissent qu'épisodiquement (p, ex., au cours de périodes de stress) alors qu'à d'autres moments, la personne est capable d'avoir un fonctionnement sexuel sans fantaisies imaginatives ou stimulus paraphiliques. Pour la Pédophilie, le Voyeurisme, l'Exhibitionnisme, et le Frotteurisme, on fait le diagnostic si la personne a mis en actes ces impulsions ou si les impulsions ou les fantaisies imaginatives sexuelles sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles. Pour le Sadisme sexuel, on fait le diagnostic si la personne a mis en actes ces impulsions avec une personne non consentante ou si les impulsions, les fantaisies imaginatives sexuelles ou les comportements sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles. Pour les autres Paraphilies, on fait le diagnostic si le comportement, les impulsions sexuelles, ou les fantaisies imaginatives sont à l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (Critère 13).

L'imagerie paraphilique peut être mise en acte avec un partenaire non consentant, de telle manière que cela lui soit préjudiciable (comme dans le Sadisme sexuel ou la Pédophilie). L'individu peut faire l'objet d'une arrestation et d'un emprisonnement. Les agressions sexuelles envers les enfants représentent une proportion significative de l'ensemble des crimes sexuels répertoriés, et les individus présentant un Exhibitionnisme, une Pédophilie et un Voyeurisme représentent la majorité des délinquants sexuels appréhendés. Dans certaines situations, la mise en acte de l'imagerie paraphilique peut conduite à une autoagression (comme dans le Masochisme sexuel). Les relations sociales et sexuelles peuvent en souffrir si autrui considère comme honteux ou répugnant le comportement sexuel inhabituel ou si le partenaire sexuel du sujet refuse de prendre part aux préférences sexuelles inhabituelles. Dans certains cas, le comportement inhabituel (p. ex., des actes exhibitionnistes ou la collection d'objets fétiches) peut devenir l'activité sexuelle principale dans la vie de l'individu. Ces personnes se présentent rarement d'elles-mêmes pour un avis et n'entrent habituellement en contact avec les professionnels de la santé mentale que lorsqu'elles sont entrées en conflit avec leurs partenaires sexuels ou avec la société du fait de leur comportement.

Les Paraphilies décrites ici sont des affections qui ont été identifiées spécifiquement dans des classifications antérieures. Elles comprennent l'Exhibitionnisme (exposition de ses organes génitaux), le Fétichisme (utilisation d'objets inanimés), le Frotteurisme fait de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante), la Pédophilie (focalisation sur des enfants prépubères), le Masochisme (être humilié ou se faire infliger des souffrances), le Sadisme sexuel (infliger humiliation ou souffrance), le Transvestisme fétichiste (revêtir les habits du sexe opposé) et le Voyeurisme (observation

d'un acte sexuel). Une catégorie résiduelle, la Paraphilie non spécifiée, comprend d'autres paraphilies plus rarement rencontrées. Il n'est pas rare qu'un individu ait plus d'une paraphilie.

Procédures d'enregistrement

Les paraphilies de l'individu sont différenciées sur la base de la focalisation paraphilique caractéristique. Cependant, si les préférences sexuelles du sujet remplissent les critères de plus d'une Paraphilie, toutes devront être diagnostiquées. Les codes et dénominations diagnostiques sont les suivants : F65.2 [302.4] Exhibitionnisme, F65.0 [302.81] Fétichisme, F65.8 [302.89] Frotteurisme, F65.4 [302.2] Pédophilie, F65.5 [302.831 Masochisme sexuel, F65.5 [302.84] Sadisme sexuel, F65.1 [302.3] Transvestisme fétichiste, F65.3 [302.82] Voyeurisme, et F65.9 [302.9] Paraphilie non spécifiée.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Le stimulus préféré, même au sein d'une Paraphilie particulière, peut être hautement spécifique. Les individus qui ne disposent pas d'un partenaire consentant avec qui ils pourraient mettre en acte leurs fantaisies imaginatives peuvent louer les services de prostitué(e)s ou peuvent mettre en acte leurs fantaisies imaginatives avec (les victimes contre le gré de celles-ci. Les individus présentant une Paraphilie peuvent choisir une occupation ou se consacrer à un hobby ou faire du bénévolat qui les met en contact avec le stimulus désiré — p. ex., vendre des chaussures féminines ou de la lingerie féminine (Fétichisme), travailler avec des enfants (Pédophilie), ou conduire une ambulance (Sadisme sexuel). Ils peuvent sélectivement regarder, lire, acheter ou collectionner des photographies, films et récits centrés sur leur type préféré de stimulus paraphilique. De nombreuses personnes présentant ces troubles affirment que leur comportement ne leur cause aucun désarroi et que leur seul problème est un dysfonctionnement social résultant de la réaction d'autrui à leur comportement. D'autres font part d'une culpabilité, d'une honte ou d'une dépression extrêmes à devoir se livrer à une activité sexuelle inhabituelle qui est socialement inacceptable ou qu'ils considèrent comme immorale. Il y a souvent une altération de la capacité à établir un rapport sexuel dans la réciprocité et l'affection et des Dysfonctions sexuelles peuvent être présentes. Des perturbations de la personnalité sont également fréquentes et peuvent être suffisamment sévères pour justifier un diagnostic de Trouble de la personnalité. Des symptômes de dépression peuvent se développer chez les sujets présentant des Paraphilies et peuvent s'accompagner d'un accroissement de la fréquence et de l'intensité du comportement paraphilique.

Examens complémentaires. La pléthysmographie pénienne a été utilisée dans des unités *de* recherche afin d'étudier diverses paraphilies en mesurant le degré d'excitation sexuelle d'un individu en réponse à des stimulus visuels et auditifs. La fiabilité et la validité de cette procédure dans le cadre d'un examen clinique n'a pas été complètement établie, et l'expérience clinique suggère que les sujets peuvent modifier leur réponse en manipulant leurs images mentales.

Affections médicales générales associées. Une activité sexuelle fréquente et sans protection peut avoir comme conséquence une contamination par une maladie sexuel-

lement transmissible, ou la transmission d'une maladie sexuellement transmissible. Les comportements sadiques ou masochistes peuvent aboutir à des blessures allant de blessures mineures à des blessures mettant la vie en danger.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Le diagnostic des Paraphilies d'une culture ou d'une religion à l'autre est compliqué par le fait que ce que l'on considère comme déviant dans une culture donnée peut être plus acceptable dans une autre. A l'exception du Masochisme sexuel, où l'on estime le sex-ratio à 20 hommes pour une I femme, les autres Paraphilies ne sont pratiquement jamais diagnostiquées chez la femme, bien que certains cas aient été relatés.

Prévalence

Bien que les Paraphilies soient rarement diagnostiquées dans les services de soins généraux, l'importance du marché commercial de la pornographie paraphilique et des accessoires paraphiliques suggère que sa prévalence dans la communauté est probablement plus élevée. Les problèmes les plus couramment rencontrés dans les cliniques spécialisées dans le traitement des Paraphilies sont la Pédophilie, le Voyeurisme et l'Exhibitionnisme. Le Masochisme sexuel et le Sadisme sexuel sont beaucoup moins souvent rencontrés. Approximativement la moitié des sujets qui consultent pour une Paraphilie sont mariés.

Évolution

Certaines des fantaisies imaginatives et certains des comportements associés aux Paraphilies peuvent débuter dans l'enfance ou au début de l'adolescence, mais elles se précisent et deviennent plus élaborées au cours de l'adolescence et chez l'adulte jeune. L'élaboration et le remaniement de fantaisies paraphiliques peut continuer pendant toute la vie du sujet. Par définition, les fantaisies imaginatives et les impulsions associées à ces troubles sont récurrentes. De nombreux individus rapportent que leurs fantaisies imaginatives sont toujours présentes, mais qu'il y a des périodes où la fréquence des fantaisies imaginatives et l'intensité (les impulsions varient largement. Ces troubles ont tendance à devenir chroniques et à s'étendre sur toute la vie, mais les fantaisies imaginatives comme les comportements décroissent souvent au fur et à mesure que l'adulte avance en âge. Les comportements peuvent s'accroître en réaction à des facteurs de stress psychosociaux, en relation avec d'autres troubles mentaux, ou en présence d'occasions plus nombreuses de s'engager dans une Paraphilie.

Diagnostic différentiel

On doit distinguer une Paraphilie de l'emploi non pathologique de fantaisies imaginatives sexuelles, de comportements ou d'objets en tant que stimulus de l'excitation sexuelle chez des individus qui n'ont pas de Paraphilie. Les fantaisies imaginatives, comportements ou objets ne sont paraphiliques que lorsqu'ils conduisent à un désarroi cliniquement significatif ou à une perturbation du fonctionnement (p. ex., lorsqu'ils sont obligatoires, à l'origine d'une dysfonction sexuelle, exigent la participation de sujets non consentants, mènent à des complications légales, interfèrent avec les relations sociales).

Dans le **Retard mental,** la **Démence,** la **Modification de la personnalité due à une affection médicale générale, l'Intoxication par une substance, l'Épisode maniaque ou la Schizophrénie,** il peut y avoir une diminution du jugement, des aptitudes sociales ou (lu contrôle des impulsions qui, dans de rares cas, conduisent à un comportement sexuel inhabituel. Celui-ci peut être distingué d'une Paraphilie par le fait que le comportement sexuel inhabituel n'est pas le mode préféré ou obligatoire de l'individu, que les symptômes sexuels se produisent exclusivement au cours de l'évolution de ces troubles mentaux, et que les actes sexuels inhabituels ont plutôt tendance à être isolés que récurrents et débutent habituellement à un âge plus avancé.

Les Paraphilies individuelles peuvent être distinguées les unes des autres sur la base des différences dans la focalisation paraphilique caractéristique. Cependant, si les préférences sexuelles de l'individu remplissent les critères (le plus d'une Paraphilie, toutes peuvent être diagnostiquées. **L'Exhibitionnisme** doit être distingué du fait **d'uriner dans un lieu public,** ce qui est parfois avancé comme une explication du comportement. Le **Fétichisme** et le **Transvestisme fétichiste** impliquent souvent tous deux des articles de vêtements féminins. Dans le Fétichisme, la focalisation de l'excitation sexuelle concerne l'article de vêtement lui-même (p. ex., un panty), alors que dans le Transvestisme fétichiste, l'excitation sexuelle provient de l'acte de revêtir les vêtements du sexe opposé. Le fait de revêtir les vêtements du sexe opposé qui est présent dans le Transvestisme fétichiste peut aussi être présent dans le Masochisme sexuel. Dans le Masochisme sexuel, c'est l'humiliation d'être obligé de s'habiller avec les vêtements du sexe opposé qui est excitante sexuellement, et non les habits eux- mêmes.

Revêtir les habits du sexe opposé peut être associé à une dysphorie concernant l'identité sexuelle. Si le sujet présente une dysphorie concernant l'identité sexuelle, mais sans que l'ensemble des critères d'un Trouble de l'identité sexuelle soient remplis, le diagnostic sera celui d'un **Transvestisme fétichiste, avec dysphorie concernant l'identité sexuelle.** On portera le diagnostic additionnel de **Trouble de l'identité sexuelle** si le tableau clinique répond à l'ensemble des critères d'un Trouble de l'identité sexuelle.

F65.2 [302.4] Exhibitionnisme

La focalisation paraphilique dans l'Exhibitionnisme consiste à exposer ses organes génitaux à une personne étrangère. Parfois, le sujet se masturbe tout en s'exhibant (ou en s'imaginant en train de s'exhiber). Si l'individu cède à ses impulsions, il n'y a généralement pas de tentative de poursuivre une activité sexuelle avec la personne étrangère. Dans certains cas, le sujet est conscient de son désir de surprendre ou de choquer l'observateur. Dans d'autres cas, le sujet éprouve la fantaisie imaginative sexuellement excitante que l'observateur va être excité sexuellement. Le trouble débute généralement avant l'âge de 18 ans, bien qu'il puisse commencer à un âge plus avancé. Dans les groupes d'âge plus élevé, il y a peu d'arrestations, ce qui peut laisser penser que cet état devient moins sévère après 40 ans.

Critères diagnostiques de F65.2 [302.41 L'Exhibitionnisme

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, consistant à exposer ses organes génitaux devant une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement:

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantaisies imaginatives sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.

F65.0 [302.81] Fétichisme

La focalisation paraphilique dans le Fétichisme implique l'utilisation d'objets inanimés (le « fétiche »). Parmi les objets fétiches les plus courants, on trouve les culottes féminines, les soutiens-gorge, les bas, les chaussures, les bottes, ou toute autre pièce (l'habillement. La personne présentant un Fétichisme se masturbe fréquemment tout en tenant à la main, frottant, ou sentant l'objet fétiche ou peut demander à son partenaire sexuel de porter l'objet au cours de leurs relations sexuelles. Habituellement, le fétiche est requis ou fortement préféré pour obtenir une excitation sexuelle, et en son absence, il peut y avoir une dysfonction érectile chez l'homme. Cette Paraphilie n'est pas diagnostiquée quand les fétiches se limitent à des articles de vêtements féminins utilisés pour revêtir les habits de l'autre sexe, comme dans le Transvestisme fétichiste, ou quand l'objet est stimulant génitalement du fait qu'il a été conçu dans ce but (p. ex., un vibrateur). Généralement, cette Paraphilie débute dans l'adolescence, bien que le fétiche ait pu avoir été doté d'une signification particulière plus précocement dans l'enfance. Une fois installé, le Fétichisme a tendance à devenir chronique.

Critères diagnostiques du F65.0 [302.81] Fétichisme

A. Présence (le fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant l'utilisation d'objets inanimés (p. ex., des sous-vêtements féminins).

B. Les fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération (lu fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

(suite)

D Critères diagnostiques du F65.0 1302.811 Fétichisme
(suite)

C. Les objets fétiches ne se limitent pas à des articles vestimentaires féminins utilisés dans le travestissement (comme clans le Transvestisme fétichiste) ou à des instruments conçus à des fins de stimulation tactile génitale (p. ex., un vibrateur)

F65.8 [302.89] Frotteurisme

La focalisation paraphilique du Frotteurisme implique l'acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante. Le comportement se manifeste habituellement dans des lieux très peuplés d'où le sujet peut plus facilement échapper à une arrestation (p. ex., sur des trottoirs ou il y a foule, ou dans des transports publics). Le sujet frotte ses organes génitaux contre les cuisses et les fesses de la victime ou caresse les organes génitaux ou la poitrine de la victime. Tout en faisant cela, il imagine habituellement une relation exclusive et affectueuse avec la victime. Cependant, il se rend compte que pour éviter de possibles poursuites, il doit s'esquiver aussitôt après avoir touché la victime. Habituellement, cette paraphilie débute clans l'adolescence ; la plupart des actes de Frotteurisme se produisent quand le sujet a entre 15 et 25 ans ; au-delà, il y a un déclin graduel de leur fréquence.

Critères diagnostiques du F65.8 [302.891 Frotteurisme

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, et impliquant l'acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante.

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantaisies imaginatives sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.

F65.4 [302.2] Pédophilie

Li focalisation paraphilique de la Pédophilie implique une activité sexuelle avec un enfant prépubère (généralement âgé de 13 ans ou plus jeune). Le sujet présentant une Pédophilie doit avoir au moins 16 ans et avoir au moins 5 ans de plus que l'enfant. Pour

les sujets en fin d'adolescence qui présentent une Pédophilie, on ne spécifie pas de différence d'âge précise et on doit utiliser le jugement clinique ; on doit tenir compte à la fois de la maturité sexuelle de l'enfant et de la différence d'âge. Les individus présentant une Pédophilie rapportent généralement une attirance pour des enfants d'un âge particulier. Certains sujets préfèrent les garçons, d'autres les filles, et certains sujets sont excités aussi bien par les garçons que par les filles. Ceux (lui sont attirés par les filles préfèrent généralement celles qui ont entre 8 et 10 ans, alors que ceux qui sont attirés par les garçons préfèrent généralement des enfants légèrement plus âgés. La Pédophilie dont sont victimes les filles est plus souvent signalée que la Pédophilie dont sont victimes les garçons. Certains individus présentant une Pédophilie sont attirés sexuellement uniquement par les enfants (type exclusif), alors que d'autres sont parfois attirés par des adultes (type non exclusif). Les individus présentant une Pédophilie qui cèdent à leurs impulsions avec des enfants peuvent se limiter à déshabiller l'enfant et à le regarder, à s'exhiber eux- mêmes, à se masturber en présence de l'enfant, ou à toucher et caresser l'enfant avec douceur. D'autres, cependant, se livrent à la fellation ou au cunnilingus avec l'enfant ou pénètrent son vagin, sa bouche ou son anus avec leurs doigts, des objets ou leur pénis et recourent à diverses formes de contraintes pour y arriver. Ces activités sont couramment expliquées par des excuses ou des rationalisations selon lesquelles elles ont une « valeur éducative » pour l'enfant, que l'enfant en retire du « plaisir sexuel » ou que l'enfant les a « provoqués sexuellement », thèmes qui sont également répandus dans la pornographie pédophile. En raison du caractère egosyntonique de la Pédophilie, nombre d'individus ayant des fantaisies imaginatives, impulsions ou comportements pédophiles n'en éprouvent pas de désarroi significatif. Il importe de comprendre que le sentiment de désarroi lié aux fantaisies imaginatives, impulsions ou comportements n'est pas nécessaire au diagnostic de Pédophilie. Le diagnostic de Pédophilie s'applique aux individus qui ont un schéma d'excitation sexuelle pédophile et cèdent à leurs impulsions avec un enfant.

Les individus peuvent se limiter à exercer leurs activités sur leurs propres enfants, beaux-fils, belles-filles ou membres de la famille, ou peuvent s'en prendre à des enfants d'autres familles. Certains individus présentant une Pédophilie menacent l'enfant pour l'empêcher de faire des révélations. D'autres, en particulier ceux qui s'en prennent souvent aux enfants, élaborent des techniques compliquées pour pouvoir accéder aux enfants, qui peuvent comporter le fait de gagner la confiance de la mère de l'enfant, (l'épouser une femme par l'enfant de laquelle ils sont attirés, (l'échanger des enfants avec d'autres individus présentant une Pédophilie ou, dans de plus rares circonstances, d'adopter des enfants de pays en voie de développement ou de kidnapper les enfants d'autrui. A l'exception des cas où le trouble est associé à un Sadisme sexuel, la personne peut être attentive aux besoins de l'enfant dans le but de gagner son affection, son intérêt et sa fidélité et pour éviter que l'enfant ne révèle l'activité sexuelle. Le trouble débute habituellement dans l'adolescence, bien que certains individus présentant une Pédophilie disent ne pas avoir été excités par les enfants avant (l'avoir atteint l'âge mûr. La fréquence du comportement pédophilique fluctue souvent en fonction des stress psychosociaux. L'évolution est généralement chronique, en particulier chez les sujets qui sont attirés par les garçons. Le taux de récidive des sujets présentant une Pédophilie impliquant une préférence pour les garçons est à peu près le double de ce qu'il est pour ceux qui préfèrent les filles.

Critères diagnostiques de la F65.4 1302.21 Pédophilie

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (généralement âgés *de* 13 ans ou plus jeunes).

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantaisies imaginatives sexuelles sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.

C. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant mentionné en A.

N.-B. : Ne pas inclure un sujet en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans.

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

Spécifier le type
Type exclusif (attiré uniquement par les enfants)
Type non exclusif

F65. 5 1302.831 Masochisme sexuel

La focalisation paraphilique du Masochisme sexuel implique l'acte (réel, non simulé) d'être humilié, battu, attaché ou livré à la souffrance par d'autres moyens. Certains individus sont importunés par leurs fantaisies imaginatives masochistes qui peuvent être évoquées au cours des rapports sexuels ou la masturbation, mais non mises en acte d'une autre manière. Dans de tels cas, les fantaisies imaginatives masochistes impliquent habituellement le fait d'être violé tout en étant maintenu ou attaché par autrui de telle façon qu'il n'y ait pas *de* possibilité de s'échapper. D'autres mettent en acte leurs impulsions sexuelles masochistes sur eux-mêmes (p. ex., en s'attachant eux-mêmes, en s'enfonçant eux-mêmes des aiguilles, en se choquant eux-mêmes a l'électricité, ou en se mutilant eux-mêmes) ou avec un partenaire. Les actes masochistes qui peuvent être recherchés avec un partenaire comprennent le fait d'être entravé (contrainte physique), d'avoir les yeux bandés (contrainte sensorielle), d'être frappé avec

une baguette, d'être fessé, fouetté, battu, de subir des chocs électriques, d'être coupé, d'être « transpercé et épinglé » (infibulation), et humilié (p. ex., se faire uriner ou déféquer sur soi, être forcé de marcher à quatre pattes et d'aboyer comme un chien ou être soumis à des injures). Le fait d'être forcé à revêtir des habits du sexe opposé peut être recherché pour ses connotations humiliantes. Le sujet peut désirer être traité comme un enfant sans défense et qu'on lui mette des couches (« infantilisme »). Une forme particulièrement dangereuse du Masochisme sexuel appelée « hypoxyphilie », implique une excitation sexuelle due à un manque d'oxygénation obtenu par divers moyens : compression de la poitrine, noeud coulant, ligature, sac en plastique, masque, ou produit chimique (souvent un nitrite volatile qui provoque une réduction temporaire de l'oxygénation cérébrale du fait d'une vasodilatation périphérique). Les activités visant à se priver d'oxygène peuvent être menées seul ou avec un partenaire. Du fait d'un défaut de fonctionnement du matériel, (l'erreur dans le placement du noeud coulant ou de la ligature, ou d'autres *erreurs, des* décès accidentels se produisent parfois. Des données provenant des États-Unis, (l'Angleterre, d'Australie et du Canada indiquent qu'on met en évidence chaque année I à 2 décès pour un million d'habitants causés par l'hypoxyphilie. Certains hommes présentant un Masochisme sexuel, présentent aussi un Fétichisme, un Transvestisme fétichiste ou un Sadisme sexuel. Les fantaisies imaginatives sexuelles masochistes étaient probablement déjà présentes dans l'enfance. L'âge à partir duquel les activités masochistes débutent pour la première fois avec des partenaires est variable, mais correspond couramment à l'âge adulte jeune. Le Masochisme sexuel est habituellement chronique et la personne a tendance à répéter le même acte masochiste. Certains individus présentant un Masochisme sexuel peuvent se livrer à des actes masochistes pendant plusieurs années, sans accroître la dangerosité potentielle de leurs actes. D'autres, cependant, accroissent la sévérité de leurs actes masochistes avec le temps ou au cours de périodes de stress, ce qui peut aboutir en définitive à des blessures ou même à la mort.

Critères diagnostiques du F65.5 [302.83] Masochisme sexuel

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant des actes (réels, non simulés), dans lesquels le sujet est humilié, battu, attaché, ou livré à la souffrance par d'autres moyens.

B. Les fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants.

F65.5 [302.84] Sadisme sexuel

La focalisation paraphilique du Sadisme sexuel implique des actes (réels, non simulés) dans lesquels le sujet retire une excitation sexuelle de la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation). Certains individus présentant cette Paraphilie sont importunés par leurs fantaisies imaginatives sadiques qui peuvent être évoquées au cours d'un acte sexuel, mais qui ne sont pas mises en acte d'une autre manière ; dans de tels cas, les fantaisies imaginatives sadiques impliquent habituellement le fait d'exercer un contrôle total de la victime, qui est terrifiée par anticipation de l'acte sadique imminent. D'autres mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques avec un partenaire consentant (qui peut présenter un Masochisme sexuel) qui endure volontiers douleur et humiliation. D'autres encore mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques sur des victimes non consentantes. Dans tous les cas, c'est la souffrance de la victime qui est sexuellement excitante. Les fantaisies imaginatives ou les actes sadiques peuvent impliquer des activités qui indiquent une domination de la personne sur la victime (p. ex., forcer la personne à marcher à quatre pattes, ou l'enfermer dans une cage). Ils peuvent impliquer également une entrave, le bandage des yeux, le fait de frapper avec une baguette, de donner des fessées, de fouetter, de pincer, de battre, de brûler, d'administrer des chocs électriques, de violer, de couper, de donner des coups de couteau, d'étrangler, de torturer, de mutiler ou de tuer. Les fantaisies imaginatives sexuelles étaient probablement déjà présentes dans l'enfance. L'âge de début des activités sadiques est variable, mais correspond couramment à l'âge adulte jeune. Le Sadisme sexuel est habituellement chronique. Quand le Sadisme sexuel est pratiqué sur des partenaires non consentants, il est probable que l'activité se répétera jusqu'à ce que la personne présentant un sadisme sexuel soit appréhendée. Certains individus présentant un Sadisme sexuel peuvent se livrer à des actes sadiques pendant plusieurs années sans avoir besoin d'accroître le potentiel de dangerosité et d'infliger des blessures physiques sévères. Habituellement, cependant, la sévérité des actes sadiques s'accroît avec le temps. Quand le sadisme sexuel est sévère, et en particulier quand il est associé à une Personnalité antisociale, les individus présentant un Sadisme sexuel peuvent blesser sérieusement ou même tuer leurs victimes.

Critères diagnostiques du F65.5 [302.84] Sadisme sexuel

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant des actes (réels, non simulés), dans lesquels la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation) déclenche une excitation sexuelle chez le sujet.

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles avec une personne non consentante, ou les impulsions sexuelles ou les fantaisies imaginatives sexuelles sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.

F65.1 [302.31 Transvestisme fétichiste

La focalisation paraphilique du Transvestisme fétichiste implique un travestissement d'un sujet masculin par des vêtements féminins. Souvent ou dans la plupart des cas, l'excitation sexuelle est déclenchée par le fait de penser ou d'imaginer être une femme (ce qu'on appelle l' « autogynéphilie »). Ces représentations peuvent aller de l'imagination d'être une femme pourvue d'organes génitaux féminins à celle d'être complètement habillé en femme sans attacher d'importance particulière aux organes génitaux. Les accessoires féminins sont excitants principalement en tant que symboles de la féminité d'un individu et non en tant qu'objets fétiches détenant des propriétés spécifiques (par exemple, les objets en latex). Habituellement, le sujet masculin présentant un Transvestisme fétichiste conserve une collection de vêtements féminins qu'il utilise de manière intermittente pour se travestir. En général, tout en étant travesti, il se masturbe, s'imaginant être, lui-même, à la fois l'homme et la femme de sa fantaisie sexuelle. Ce trouble n'a été décrit que chez des hommes hétérosexuels. On ne fait pas un diagnostic de Transvestisme fétichiste quand le travestissement se produit exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble de l'identité sexuelle. Le phénomène du Transvestisme sexuel peut aller du port solitaire et occasionnel de vêtements féminins à un large engagement dans une subculture du travestissement. Certains hommes portent une pièce de vêtement féminin isolée (p. ex., un sous-vêtement ou des bas) sous leur habillement masculin. D'autres hommes présentant un Transvestisme fétichiste s'habillent entièrement en femme et se maquillent. Le degré de réussite dans l'apparence féminine que le sujet travesti peut atteindre est variable, et dépend des maniérismes, de la constitution corporelle, de l'habileté à se travestir. Lorsqu'il n'est pas travesti, l'homme présentant un Transvestisme fétichiste a généralement une allure banalement masculine. Bien que son orientation de base soit hétérosexuelle, il a tendance à avoir peu de partenaires sexuels et peut s'être livré à des rapports homosexuels occasionnels. La présence d'un Masochisme sexuel peut être une caractéristique associée. Le trouble débute typiquement par un travestissement dans l'enfance ou au début de l'adolescence. Dans de nombreux cas, le travestissement n'est pas réalisé en public avant l'âge adulte. L'expérience initiale consiste en un travestissement partiel ou total ; le travestissement partiel évolue souvent vers un travestissement total. Un article vestimentaire préféré peut devenir érotique par lui-même et peut être employé régulièrement, d'abord au cours de la masturbation et ultérieurement dans les rapports sexuels. Chez certains sujets, la motivation pour se travestir peut se modifier au fil du temps, de façon temporaire ou permanente, l'excitation sexuelle déclenchée par le travestissement pouvant décroître ou disparaître. Dans de telles circonstances, le travestissement devient un antidote à l'anxiété ou à la dépression ou apporte un sentiment de paix et de calme. D'autres sujets peuvent présenter une dysphonie concernant l'identité sexuelle, en particulier au cours d'un stress situationnel avec ou sans symptômes de dépression. Chez certains sujets, rares, la dysphonie concernant l'identité sexuelle devient une composante fixe du tableau clinique et s'accompagne du désir de s'habiller et de vivre en permanence comme une femme et de demander un changement de sexe par un traitement hormonal ou chirurgical. Les sujets présentant un Transvestisme fétichiste demandent souvent à être traités quand une dysphonie concernant l'identité sexuelle se fait jour. Le sous-type : avec dysphonie concernant l'identité sexuelle est proposé afin de permettre au clinicien de noter la présence d'une dysphonie concernant l'identité sexuelle chez les sujets présentant un Transvestisme fétichiste.

Critères diagnostiques du F65.1 [302.3] Transvestisme fétichiste

A. Présence chez un homme hétérosexuel de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant un travestissement.

B. Les fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou (l'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier :

Avec dysphorie concernant l'identité sexuelle : si le sujet éprouve un malaise persistant en rapport avec son identité sexuelle ou son rôle sexuel.

F65.3 [302.82] Voyeurisme

La focalisation paraphil que du Voyeurisme implique l'acte d'observer des personnes qui ne s'en doutent pas, généralement des personnes étrangères, qui sont nues, en train de se déshabiller ou en train (l'avoir des rapports sexuels. L'acte de regarder (« mater ») a pour but (le déclencher une excitation sexuelle et, habituellement, le sujet ne cherche pas à avoir une activité sexuelle avec la personne observée. L'orgasme, généralement obtenu par la masturbation, peut se produire pendant l'activité voyeuriste ou ultérieurement, lors (le l'évocation de ce que la personne a observé. Ces personnes ont souvent la fantaisie imaginative (l'avoir une expérience sexuelle avec la personne observée, mais cela se produit rarement dans la réalité. Dans sa forme sévère, le « matage » représente une forme (l'activité sexuelle exclusive. Le comportement voyeuriste débute généralement avant l'âge de 15 ans. L'évolution a tendance à être chronique.

Critères diagnostiques du F65.3 [302.82] Voyeurisme

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, consistant à observer une personne nue, ou en train (le se déshabiller, ou en train d'avoir des rapports sexuels et qui ne sait pas qu'elle est observée.

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantaisies imaginatives sexuelles sont à l'origine d'un désarroi prononcé Ou de difficultés interpersonnelles.

F65.9 [302.9] Paraphilie non spécifiée

Cette catégorie est incluse afin de coder les Paraphilies qui ne répondent aux critères d'aucune des catégories spécifiques. Exemples non exhaustifs : la scatologie téléphonique (appels téléphoniques obscènes), la nécrophilie (cadavres), le partialisme (focalisation exclusive sur une partie du corps), la zoophilie (animaux), la coprophilie (fèces), la clystérophilie (lavement), et l'urophilie (urine).

Troubles de l'identité sexuelle

Trouble de l'identité sexuelle*

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'identité sexuelle a deux composantes, toutes deux devant être présentes pour le diagnostic. On doit démontrer l'existence (l'une identification intense et persistante à l'autre sexe, à savoir le désir d'appartenir à l'autre sexe ou l'affirmation qu'on en fait partie (Critère A). Cette identification à l'autre sexe ne doit pas se réduire simplement au désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe. On doit également démontrer l'existence d'un inconfort persistant par rapport au sexe assigné ou d'un sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante (Critère B). On ne fait pas ce diagnostic si le sujet a une affection intersexuelle physique concomitante (p. ex., syndrome d'insensibilité partielle aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales) (Critère C). Pour faire ce diagnostic, on doit démontrer l'existence d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants (Critère D).

Chez les garçons, l'identification à l'autre sexe se manifeste par une préoccupation prononcée pour les activités féminines traditionnelles. Ils peuvent préférer revêtir des habits de fille ou de femme ou peuvent confectionner de telles pièces de vêtements à partir du matériel disponible quand ils ne disposent pas d'accessoires véritables. Des serviettes de toilette, des tabliers et des foulards sont souvent utilisés pour représenter des cheveux longs ou des jupes. Il existe une forte attraction pour les jeux et passe-temps typiques des filles. En particulier, ils aiment jouer «à la maison », dessiner des filles magnifiques et des princesses, et regarder des émissions de télévision et des vidéos de leurs types de femmes de prédilection. Les poupées féminines typiques du style Barbie, sont souvent leurs jouets favoris et les filles sont leurs compagnons de jeux préférés. Quand ils jouent « à la maison », les garçons jouent le rôle de figures féminines, le plus souvent des rôles de mères, et sont souvent très préoccupés par des figures imaginaires féminines. Ils évitent les jeux brutaux et les sports de compétition et s'intéressent peu aux voitures et aux camions ou à d'autres jouets non agressifs, mais typiques des garçons. Ils peuvent exprimer le souhait d'être une fille et affirmer qu'ils vont devenir une femme en grandissant. Ils peuvent insister pour uriner assis et pré-

N.d.T. : À ce diagnostic correspondent les codes [302.xx] de la CIM-9-MC et les codes F64.x de la CIM-

tendre ne pas avoir de pénis en le repoussant entre leurs cuisses. Plus rarement, les garçons présentant un Trouble *de* l'identité sexuelle peuvent déclarer qu'ils trouvent leur pénis ou leurs testicules dégoûtants, qu'ils veulent s'en débarrasser ou qu'ils ont, ou souhaitent avoir, un vagin.

Les filles présentant un Trouble de l'identité sexuelle manifestent d'intenses réactions négatives aux attentes ou tentatives parentales de leur faire revêtir des habits ou autres accessoires féminins. Certaines peuvent refuser d'aller à l'école ou de participer à certains événements sociaux où le port de tels vêtements peut être exigé. Elles préfèrent les habits de garçons et le port des cheveux courts, sont souvent prises pour des garçons par des personnes qui ne les connaissent pas, et peuvent demander à être appelées par un nom de garçon. Leurs héros imaginaires sont le plus souvent des figures masculines puissantes, comme Batman ou Superman. Les filles préfèrent avoir pour compagnon de jeux des garçons, avec qui elles partagent l'intérêt pour les sports de contact, les jeux brutaux, et les jeux traditionnels de garçons. Elles se montent peu intéressées par les poupées ou toute forme de parure féminine ou jeu de rôle féminin. Une fille présentant ce trouble peut à l'occasion refuser d'uriner assise. Elle peut affirmer qu'elle a un pénis ou que celui va pousser et peut refuser de voir sa poitrine pousser ou d'avoir des menstruations. Elle peut affirmer qu'elle va devenir un homme en grandissant. De telles filles expriment typiquement une identification prononcée à l'autre sexe dans les jeux de rôle, les rêves et les fantaisies imaginatives.

Les adultes présentant un Trouble de l'identité sexuelle sont préoccupés par leur désir de vivre en tant que membre du sexe opposé. Cette préoccupation peut se manifester par un désir intense d'adopter le rôle social de l'autre sexe ou d'acquérir l'apparence physique de l'autre sexe par une technique hormonale ou chirurgicale. Les adultes présentant ce trouble éprouvent un sentiment d'inconfort à être considérés par autrui comme un membre de leur sexe assigné, ou à fonctionner en société en tant que tel. Ils adoptent le comportement, l'habillement, et les manières du sexe opposé de diverses façons. En privé, ces individus peuvent passer beaucoup de temps travestis et travailler à obtenir l'apparence du sexe opposé. Ils essaient souvent de se faire passer pour quelqu'un du sexe opposé en public. Grâce au travestissement ou au traitement hormonal (et pour les hommes, la dépilation par électrolyse), les sujets présentant ce trouble peuvent se faire passer de manière convaincante pour quelqu'un du sexe opposé). L'activité sexuelle de ces sujets avec des partenaires du même sexe est généralement restreinte par le souhait que leurs partenaires ne voient ni ne touchent leurs organes génitaux. Pour certains hommes présentant le trouble plus tard au cours de leur vie, (souvent après le mariage), l'activité sexuelle de l'individu avec une femme s'accompagne de la fantaisie imaginative de constituer un couple d'amantes lesbiennes ou que sa partenaire est un homme et qu'il est une femme.

Chez les adolescents, les caractéristiques cliniques peuvent ressembler soit à celles des enfants, soit à celles des adultes, selon le niveau de développement de l'individu et les critères doivent être appliqués en conséquence. Chez un jeune adolescent, il peut être plus difficile de parvenir à un diagnostic précis du fait de la réserve propre à l'adolescence. Cette difficulté peut être accrue si l'adolescent ressent une ambivalence par rapport à l'identification à l'autre sexe, ou sent que c'est inacceptable pour sa famille. L'adolescent peut être adressé pour avis parce que les parents ou enseignants sont préoccupés par son isolement social ou les taquineries ou le rejet par les pairs. Dans de telles circonstances, le diagnostic doit être réservé aux adolescents qui apparaissent tout à fait identifiés à l'autre sexe de par leur habillement et qui se livrent à ries comportements qui suggèrent une identification significative à l'autre sexe (p. ex., se raser les

jambes pour un homme). La clarification du diagnostic chez les enfants et les adolescents peut nécessiter un suivi sur une période de temps prolongée.

Le désarroi et le handicap des sujets présentant un Trouble de l'identité sexuelle se manifestent différemment au cours du cycle de la vie. Chez les jeunes enfants, le désarroi se manifeste par l'expression d'un mécontentement envers leur sexe assigné. La préoccupation par les désirs d'appartenir à l'autre sexe interfère souvent avec les activités habituelles. Chez les plus grands enfants, l'échec de l'établissement de relations et de jeux avec leurs pairs du même sexe et d'âge équivalent conduit souvent à l'isolement et au désarroi, et certains enfants peuvent refuser d'aller à l'école à cause de tracasseries ou de pressions pour qu'ils revêtent les habits typiques de leur sexe assigné. Chez les adolescents et les adultes, les préoccupations par les souhaits d'appartenir à l'autre sexe interfèrent souvent avec les activités ordinaires. Les difficultés relationnelles sont courantes et le fonctionnement à l'école ou au travail peut être altéré.

Spécifications

Pour les individus ayant atteint la maturité sexuelle, les spécifications suivantes peuvent être notées sur la hase de l'orientation sexuelle du sujet : **Attiré sexuellement par les hommes, Attiré sexuellement par les femmes, Attiré sexuellement par les deux sexes, Attiré sexuellement ni par un sexe ni par l'autre.** Les hommes présentant un Trouble de l'identité sexuelle sont concernés dans une large mesure par les quatre spécifications. Ceux qui sont attirés par les hommes voient habituellement leur trouble débuter pour la première fois dans l'enfance ou au début de l'adolescence, alors que ceux parmi les hommes qui sont attirés par les femmes, par les deux sexes ou ne sont attirés ni par un sexe ni par l'autre indiquent que leur dysphorie sexuelle a commencé au début de l'âge adulte ou à la maturité. Ceux parmi les hommes qui ne sont attirés ni par un sexe ni par l'autre sont souvent des individus isolés présentant des traits schizoïdes. Pratiquement toutes les femmes qui présentent un Trouble de l'identité sexuelle seront concernées par la même spécification : Attiré sexuellement par les femmes, bien qu'il y ait des cas exceptionnels de femmes qui sont attirées sexuellement par les hommes.

Procédures d'enregistrement

Le code diagnostique assigné dépend de l'âge actuel de l'individu : si le trouble apparaît dans l'enfance, le code F64.2 [302.6] est utilisé ; pour un adolescent ou un adulte, ce sera le code F64.0 [302.85].

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. De nombreux individus présentant un Trouble de l'identité sexuelle évoluent vers un isolement social. L'isolement et l'ostracisme contribuent à une faible estime de soi et peuvent conduire à une aversion scolaire ou à un abandon de la scolarité. L'ostracisme et les tracasseries de la part des pairs sont des conséquences particulièrement fréquentes du trouble chez les garçons. Les garçons qui présentent un Trouble de l'identité sexuelle ont souvent des manières féminines prononcées et une façon particulière de parler.

La perturbation peut être tellement envahissante que la vie mentale de certains individus tourne uniquement autour des activités qui permettent de réduire le désarroi lié

à leur sexe. Ils sont souvent préoccupés de leur apparence, tout particulièrement au début de la transition vers une vie correspondant au rôle du sexe opposé. Les relations avec l'un des parents ou les deux peuvent être également sérieusement altérées. Certains hommes présentant un Trouble de l'identité sexuelle recourent à une automédication par des hormones. Ils parviennent très rarement à réaliser leur propre castration ou l'ablation de leur pénis. Certains hommes présentant ce trouble, en particulier dans les centres urbains, peuvent se livrer à la prostitution, ce qui les expose à un risque élevé d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HI V). Des tentatives de suicide et des Troubles liés à une substance sont couramment associés.

Chez les enfants présentant un Trouble de l'identité sexuelle, peuvent coexister une Anxiété de séparation, une Anxiété généralisée et des symptômes de dépression. Les adolescents sont particulièrement exposés au risque de dépression, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Chez les adultes, des symptômes anxieux et dépressifs peuvent être présents. Dans les échantillons cliniques, les Troubles de la personnalité associés sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Les hommes adultes qui sont attirés sexuellement par les femmes, ou par les hommes comme par les femmes, ou qui ne sont attirés par aucun sexe relatent habituellement une histoire d'excitation sexuelle associée à la pensée ou à l'imagination d'être une femme (désignée par le terme autogynéphilie). Dans la plupart des cas, un diagnostic de Transvestisme fétichiste s'appliquerait à l'individu, au moins dans son passé. Dans d'autres cas, cependant, la fantaisie imaginative favorite de l'individu met en valeur d'autres attributs féminins que les vêtements. Certains hommes, par exemple, se masturbent tout en se représentant être une femme nue, se focalisant sur leur poitrine imaginaire ou sur leur vulve imaginaire ; d'autres se masturbent tout en se représentant être occupé à une activité typiquement féminine comme le tricot.

Examens complémentaires. Il n'y a pas de test diagnostique spécifique du Trouble de l'identité sexuelle. En cas de normalité de l'examen physique, il n'est habituellement pas indiqué de réaliser un caryotype des chromosomes sexuels et des dosages des hormones sexuelles. Les tests psychologiques peuvent révéler une identification à l'autre sexe ou des modes de comportement particuliers.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant un Trouble de l'identité sexuelle ont des organes génitaux normaux (contrairement à ceux ayant des affections physiques intersexuelles où l'on retrouve une ambiguïté des organes génitaux ou un hypogonadisme). Les adolescents et adultes masculins ayant un Trouble de l'identité sexuelle peuvent présenter un gonflement de la poitrine résultant de l'ingestion d'hormones, une absence de poils résultant d'une épilation temporaire ou permanente et d'autres modifications physiques résultant d'interventions telles qu'une rhinoplastie ou une abrasion du cartilage thyroïde (résection chirurgicale de la pomme d'Adam). Une déformation des seins ou des rougeurs au niveau des seins peuvent être observées chez les femmes qui se bandent les seins. Parmi les complications postchirurgicales, on retrouve chez les sujets génétiquement féminins des cicatrices hypertrophiques du mur postérieur mammaire, et chez les sujets génétiquement masculins, des rétrécissements vaginaux, des fistules recto-vaginales, des sténoses de l'urètre, et une déviation du jet urinaire. Les femmes adultes présentant un Trouble de l'identité sexuelle peuvent avoir une augmentation du risque de maladie polykystique des ovaires.

Caractéristiques liées à l'âge et au sexe

Les femmes présentant un Trouble de l'identité sexuelle rencontrent généralement moins d'ostracisme du fait de leurs intérêts transsexuels et souffrent à un moindre degré d'un rejet par leurs pairs, du moins jusqu'à l'adolescence. Dans les échantillons cliniques pédiatriques, il y a approximativement cinq garçons pour une fille qui sont adressés pour ce trouble. Dans les échantillons cliniques adultes, les garçons sont adressés beaucoup plus souvent pour une évaluation de ce trouble que les filles. Chez les enfants, le biais de recrutement aux dépens des garçons peut refléter en partie la plus grande stigmatisation attachée au comportement transsexuel chez les garçons.

Prévalence

Il n'y a pas d'études épidémiologiques récentes à l'origine de données sur la prévalence du Trouble de l'identité sexuelle. Des données issues de petits pays d'Europe, Où l'on a accès à des statistiques (le l'ensemble de la population et des admissions, suggèrent que grosso modo un homme adulte sur 30 000 et une femme adulte sur 100 000 demandent une modification chirurgicale de leur sexe.

Évolution

Dans les échantillons cliniques d'enfants, les intérêts et les activités transsexuels débutent généralement entre 2 et 4 ans, et certains parents relatent que leur enfant a toujours eu des intérêts transsexuels. Seul un très petit nombre d'enfants présentant un Trouble de l'identité sexuelle continueront à présenter des symptômes qui répondent aux critères d'un Trouble de l'identité sexuelle à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte. Les enfants sont typiquement adressés pour avis aux alentours du début de la scolarisation car les parents constatent alors avec inquiétude que ce qu'ils considéraient jusque là comme une « phase » ne semble pas se terminer. La plupart des enfants présentant un Trouble de l'identité sexuelle expriment moins ouvertement leurs comportements transsexuels avec le temps, ou du fait de l'intervention des parents ou des réactions de leurs pairs. Vers la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte, près des trois-quarts des garçons qui avaient des antécédents de Trouble de l'identité sexuelle dans l'enfance signalent une orientation homosexuelle ou bisexuelle, mais sans Trouble de l'identité sexuelle concomitant. Les autres signalent, pour la plupart, une orientation hétérosexuelle, également sans Trouble de l'identité sexuelle concomitant. Pour les filles, les pourcentages correspondants concernant l'orientation sexuelle ne sont pas connus. Certains adolescents peuvent évoluer vers une identification manifeste à l'autre sexe et exiger une modification chirurgicale de leur sexe ou peuvent continuer chroniquement à présenter une confusion ou une dysphorie en rapport avec leur identité sexuelle.

Chez les adultes masculins, il existe deux possibilités évolutives différentes pour le Trouble de l'identité sexuelle. Dans la première, le Trouble de l'identité sexuelle, qui avait débuté dans l'enfance ou au début de l'adolescence, se poursuit. Ces sujets se présentent typiquement à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte. Dans le deuxième type d'évolution, les signes les plus évidents de l'identification transsexuelle apparaissent plus tardivement et graduellement. Le tableau clinique présenté par l'adulte jeune ou mûr succède généralement à un Transvestisme fétichiste, mais lui est parfois coexistant. Les sujets du groupe à début plus tardif peuvent présenter une plus grande

fluctuation dans le degré d'identification transsexuelle, une plus grande ambivalence concernant la modification chirurgicale de leur sexe, une plus grande attirance sexuelle par les femmes, et une probabilité moins grande d'être satisfaits après modification chirurgicale de leur sexe. Les hommes présentant un Trouble de l'identité sexuelle qui sont attirés sexuellement par les hommes, ont tendance à avoir une dysphorie persistante concernant leur identité sexuelle, présente dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte. En revanche, les hommes qui sont attirés sexuellement par les femmes, par les deux sexes, ou ni par un sexe ni par l'autre, se présentent habituellement plus tard et ont typiquement des antécédents (le Transvestisme Fétichiste. Après une réassignation sexuelle, ceux parmi les hommes qui étaient attirés par les femmes souhaitent vivre avec une autre femme soit une relation lesbienne, soit une relation de type fraternelle. Si le Trouble de l'identité sexuelle persiste à l'âge adulte, il tend à avoir une évolution chronique, mais des rémissions spontanées ont été signalées.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'identité sexuelle peut être distingué d'une simple **non conformité au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel** par l'étendue et le caractère envahissant des désirs, des intérêts et des activités de type transsexuel. Par ce trouble, on n'entend pas décrire la non conformité d'un enfant au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel, comme par exemple, les comportements de « garçon manqué » chez les filles ou de « fille manquée » chez les garçons. Il représente plutôt une perturbation profonde du sentiment d'identité de l'individu relativement à la masculinité ou à la féminité. Un comportement chez l'enfant qui, simplement, ne correspond pas au stéréotype culturel de la masculinité ou de la féminité ne doit pas faire porter ce diagnostic à moins que le syndrome ne soit présent au complet, incluant une souffrance marquée ou un handicap.

Le **Transvestisme fétichiste** concerne des hommes hétérosexuels (ou bisexuels) pour qui le comportement du travestissement a pour but une excitation sexuelle. A part le travestissement, la plupart des individus présentant un Transvestisme fétichiste n'ont pas d'antécédents de comportements transsexuels dans l'enfance. Chez les hommes qui présentent un tableau répondant intégralement aux. critères du Trouble de l'identité sexuelle aussi bien qu'à ceux du Transvestisme fétichiste, on doit porter les deux diagnostics. Si un individu ayant un Transvestisme fétichiste présente une dysphorie concernant l'identité sexuelle, les critères du Trouble de l'identité sexuelle n'étant pas intégralement remplis, la spécification avec dysphorie concernant l'identité sexuelle peut être utilisée.

La catégorie **Trouble de l'identité sexuelle non spécifié** peut être utilisée chez les individus qui ont un problème d'identité sexuelle avec une **affection intersexuelle congénitale concomitante** (p. ex., syndrome d'insensibilité aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales).

Dans la **Schizophrénie,** les idées délirantes d'appartenance à l'autre sexe sont rares. On ne considère pas comme une idée délirante l'affirmation d'une personne avant un Trouble de l'identité sexuelle qu'il ou elle appartient à l'autre sexe, car invariablement, la personne veut dire qu'elle se sent comme si elle faisait partie du sexe opposé mais ne croit pas vraiment qu'il ou elle en fait partie. Dans de très rares cas, cependant, une Schizophrénie et un Trouble de l'identité sexuelle sévère peuvent coexister.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la Recherche de la CIM-10

La CIM-10 définit trois troubles distincts : le Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance, le Transvestisme bivalent, et le Transsexualisme. Dans le DSM-IV, ces trois troubles sont inclus dans la catégorie unique du Trouble de l'identité sexuelle.

Critères diagnostiques du Trouble de l'identité sexuelle

A. Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe).

Chez les enfants, la perturbation se manifeste par quatre (ou plus) des critères suivants :

(1) exprime de façon répétée le désir d'appartenir à l'autre sexe ou affirme qu'il (ou elle) en fait partie
(2) chez les garçons, préférence pour les vêtements féminins ou un attirail d'objets permettant de mimer la féminité ; chez les filles, insistance pour porter des vêtements typiquement masculins
(3) préférence marquée et persistante pour les rôles dévolus à l'autre sexe au cours des jeux de « faire semblant » ou fantaisies imaginatives persistantes d'appartenir à l'autre sexe
(4) désir intense de participer aux jeux et aux passe-temps typiques de l'autre sexe
(5) préférence marquée pour les compagnons de jeu appartenant à l'autre sexe

Chez les adolescents et les adultes, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente de conduites où on se fait passer pour l'autre sexe, un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe.

B. Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.
Chez les enfants, la perturbation se manifeste par l'un ou l'autre des éléments suivants : chez le garçon, assertion que son pénis ou ses testicules sont dégoûtants ou vont disparaître, ou qu'il vaudrait mieux ne pas avoir de pénis, ou aversion envers les jeux brutaux et rejet des jouets, jeux et activités typiques d'un garçon ; chez la fille, refus d'uriner en position assise, assertion qu'elle a un pénis ou que celui-ci va pousser, qu'elle ne veut pas avoir de seins ni de règles, ou aversion marquée envers les vêtements conventionnellement féminins.

(suite)

Critères diagnostiques du Trouble de l'identité sexuelle
(suite)

Chez les adolescents et les adultes, l'affection se manifeste par des symptômes tels que : vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (p. ex., demande de traitement hormonal, demande d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par une modification de ses caractères sexuels apparents), ou penser que son sexe de naissance n'est pas le bon.

C. L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.

D. L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Codage reposant sur l'âge actuel :
F64.2 [302.6] Trouble de l'identité sexuelle chez les enfants
F64.0 [302.85] Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents ou les adultes

Spécifier (pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle) :
Attiré sexuellement par les hommes
Attiré sexuellement par les femmes
Attiré sexuellement par les deux sexes
Attiré sexuellement ni par un sexe, ni par l'autre

F64.9 [302.6] Trouble de l'identité sexuelle non spécifié

Cette catégorie est incluse pour pouvoir coder des Troubles de l'identité sexuelle qu'on ne peut pas classer comme Trouble de l'identité sexuelle spécifique. Par exemple :

1. Affections intersexuelles (p. ex., syndrome d'insensibilité aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales) s'accompagnant d'une dysphorie concernant l'identité sexuelle.
2. Comportement de travestissement transitoire, lié au stress.
3. Préoccupation persistante par la castration ou l'ablation du pénis en l'absence de désir d'acquérir les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe.

F52.9 [302.9] Trouble sexuel non spécifié

Cette catégorie est incluse pour pouvoir coder une perturbation sexuelle qui ne remplit les critères d'aucun Trouble sexuel spécifique et qui n'est ni une Dysfonction sexuelle ni une Paraphilie. Par exemple :

1. Sentiments prononcés d'inadéquation par rapport à la performance sexuelle ou à d'autres traits liés aux représentations personnelles des normes de masculinité ou de féminité.

2. Désarroi découlant d'un mode de relations sexuelles répétitives impliquant une succession de partenaires sexuels que l'individu ne perçoit que comme des objets dont on se sert.
3. Souffrance marquée et persistante relative à l'orientation sexuelle.

Troubles des conduites alimentaires

Les Troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire. Ce chapitre comprend deux diagnostics spécifiques : l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) et la Boulimie (Bulimia nervosa). L'Anorexie mentale (**Anorexia nervosa**) se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale. La Boulimie (**Bulimia nervosa**) se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie (en anglais, « *binge eating* »), suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. Une altération de la perception de la forme et du poids corporels est une caractéristique essentielle à la fois de l'Anorexie mentale et de la Boulimie. Une autre catégorie, intitulée Trouble des conduites alimentaires non spécifié, est également proposée pour coder les troubles qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble des conduites alimentaires spécifique.

L'obésité simple est incluse dans la *Classification Internationale des Maladies* (CIM) en tant qu'affection médicale générale, mais elle ne figure pas dans le DSM-IV car il n'a jamais été établi qu'un syndrome psychologique ou comportemental particulier lui soit régulièrement associé. Néanmoins, lorsqu'il semble que des facteurs psychologiques sont déterminants dans l'étiologie ou l'évolution d'un cas particulier d'obésité, on peut l'indiquer en notant la présence de Facteurs psychologiques influençant une affection médicale (p. 841).

Les « Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires habituellement diagnostiqués pendant la première ou la deuxième enfance » (c.-à-d. Pica, Mérycisme et Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance) sont inclus, sous cet intitulé, dans la section « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » (p. 121).

---

1. Dans le corps du texte, on indiquera le Trouble par une majuscule à Boulimie, sans répéter systématiquement Bulimia nervosa. L'expression « *binge eating* » se réfère à la notion d'« accès » ou de « crise ». Cette variété d'hyperphagie (lorsqu'elle n'est pas associée aux comportements compensatoires indispensables au diagnostic de Boulimie) constitue peut-être une entité distincte qualifiée dans le Manuel de *Binge eating Disorder (cf.* p. 689 et p. 903) (N.d.T.).

F50.0 [307.11 Anorexie mentale (Anorexia nervosa)

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) sont les suivantes : le sujet refuse de maintenir un poids corporel minimum normal, il a une peur intense de prendre du poids et il présente une altération significative de la perception de la forme ou de la taille de son propre corps. De plus, les femmes postpubères atteintes d'Anorexie mentale sont aménorrhéiques. (Le terme *anorexie* est en fait mal choisi car la perte d'appétit est rare).

Le sujet maintient son poids au-dessous d'une valeur minimum normale pour l'âge et pour la taille (Critère A). Lorsque l'Anorexie mentale se développe pendant l'enfance ou au début de l'adolescence, on peut observer, au lieu d'une perte de poids, une absence de la prise de poids normalement attendue (c.-à-d. correspondant à la croissance en taille).

Le Critère A propose une règle pour déterminer le seuil à partir duquel un sujet présente un déficit pondéral : lorsque que son poids est inférieur à 85 % du poids considéré comme normal pour l'âge et pour la taille (poids habituellement calculé en utilisant l'une des nombreuses versions des tables de la *Metropolitan Life Insurance Company* ou les courbes de croissance pédiatriques). Une autre règle possible, légèrement plus stricte, est celle utilisée dans les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10, qui requiert que la personne ait un indice de masse corporelle (*Body Mass Index* ou BMI, rapport du poids en kilogrammes sur la taille en mètres`') égal ou inférieur à 17,5 kg/m^2. Ces valeurs-seuil ne sont données que comme des indicateurs proposés aux cliniciens, car il ne serait pas raisonnable de retenir une seule valeur standard qui correspondrait à un poids minimum normal pouvant s'appliquer à tous les individus d'un âge et d'une taille donnés. Pour déterminer un poids minimum normal, le clinicien doit considérer non seulement de tels indicateurs, mais également la morphologie et les antécédents pondéraux du sujet.

Habituellement, la perte de poids résulte essentiellement de la réduction de la prise alimentaire totale. Certains sujets commencent par exclure de leur régime les aliments qu'ils pensent riches en calories, et la plupart finissent par adopter un régime extrêmement restrictif, qui se limite parfois à quelques aliments. Les autres méthodes possibles pour perdre du poids sont les vomissements provoqués ou l'emploi abusif de médicaments à visée purgative (c.-à-d. laxatifs ou diurétiques), et l'exercice physique accru ou excessif.

Les sujets présentant une Anorexie mentale ont une peur intense *de* prendre du poids ou de devenir gros (Critère B). Cette peur intense n'est généralement pas soulagée par la perte de poids. En fait, les préoccupations autour de la prise de poids augmentent souvent alors même que le poids réel continue à décroître.

La perception du poids et de la forme corporelle, et la valeur qui leur est attachée, sont altérées chez les patients souffrant d'Anorexie mentale (Critère C). Certains se sentent globalement trop gros. D'autres ont conscience d'être minces, mais continuent à se préoccuper de certaines parties (le leur corps, particulièrement le ventre, les fesses et les cuisses, qui leur paraissent encore « trop grosses Ils peuvent utiliser de nombreuses techniques pour évaluer la taille ou le poids de leur corps : des pesées excessivement fréquentes, des mesures obsessionnelles de certaines parties du corps, le recours permanent au miroir pour surveiller les localisations supposées de la

«graisse ». L'estime de soi des sujets présentant une Anorexie mentale repose essentiellement sur leur perception de la forme et du poids de leur propre corps. La perte de poids est considérée comme une réussite extraordinaire et comme le signe d'une autodiscipline remarquable, tandis que la prise de poids est perçue comme une faillite inacceptable de la maîtrise de soi. Même si certains sujets admettent être minces, ils dénient les conséquences médicales graves de leur état de malnutrition.

Chez les femmes postpubères, l'aménorrhée (due à une baisse de la sécrétion oestrogénique, elle-même liée à une diminution de la sécrétion hypophysaire de l'hormone folliculo-stimulante [FSH] et de l'hormone lutéinisante [MI) est un indicateur de dysfonctionnement physiologique (Critère D). L'aménorrhée est habituellement la conséquence de la perte de poids mais, chez une minorité de femmes, elle peut en fait la précéder. Chez les jeunes filles prépubères, la ménarche peut être retardée par la maladie.

Le sujet est souvent amené en consultation par des membres de sa famille après une perte de poids marquée (ou en l'absence de la prise de poids attendue). Si certains sujets consultent d'eux-mêmes, c'est en général à cause des troubles subjectifs liés aux conséquences somatiques ou psychologiques de l'inanition, car les sujets atteints d'Anorexie mentale se plaignent rarement de la perte de poids elle-même. Ils méconnaissent ou dénient considérablement le problème, et sont des informateurs peu fiables. C'est pourquoi il est souvent nécessaire d'obtenir des renseignements auprès des parents ou d'autres sources extérieures pour évaluer le degré de gravité de la perte de poids et les autres caractéristiques pathologiques.

Sous-types

Les sous-types suivants peuvent être utilisés pour spécifier la présence régulière ou l'absence, au cours (l'un épisode actuel (l'Anorexie mentale, de crises de boulimie et/ ou de vomissements ou de prise de purgatifs :

Type restrictif (« Restricting type »). Ce sous-type décrit un tableau clinique dans lequel la perte de poids est obtenue essentiellement par la restriction alimentaire, le jeûne ou l'exercice physique excessif. Au cours de l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« Binge-eating/purging type »). Ce sous-type est utilisé lorsque, au cours d'un épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs. La plupart des sujets atteints d'Anorexie mentale qui ont des crises de boulimie présentent également des vomissements provoqués ou un emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou lavements. Certains, qui seront néanmoins inclus dans ce sous-type, n'ont pas de crises de boulimie mais se font vomir ou utilisent des purgatifs après avoir consommé de petites quantités de nourriture. Il semble que, chez la plupart des sujets appartenant à ce sous-type, la fréquence des crises de boulimie ou celle des vomissements Ou de la prise de purgatifs soit au moins hebdomadaire, mais il n'existe pas de données suffi sanies pour pouvoir spécifier une fréquence minimum qui serait requise.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Dans des états de grande maigreur, beaucoup de sujets atteints d'Anorexie mentale présentent des symptômes dépressifs tels que humeur dépressive, retrait social, irritabilité, insomnie, diminution de l'intérêt pour la sexualité. Ils peuvent présenter un tableau clinique répondant aux critères d'un Épisode dépressif majeur. Du fait que de telles caractéristiques peuvent s'observer, en l'absence d'Anorexie mentale, chez des individus en état de sous- alimentation, on pense que beaucoup des traits dépressifs observés chez les anorexiques peuvent être secondaires aux effets physiologiques de la semi-inanition. Il faut par conséquent réévaluer les symptômes témoignant d'une perturbation de l'humeur après une reprise de poids, partielle ou totale.

Des traits obsessionnels-compulsifs, centrés sur la nourriture mais aussi indépendants de celle-ci, sont souvent au premier plan du tableau clinique. La plupart des sujets souffrant d'Anorexie mentale ont des préoccupations obsédantes touchant à la nourriture. Certains collectionnent les recettes de cuisine, d'autres accumulent les provisions. L'observation des comportements habituellement associés à (l'autres formes de sous-alimentation suggère que des obsessions et des compulsions ayant trait à la nourriture peuvent être provoquées ou exacerbées par la malnutrition. Lorsque des sujets souffrant d'Anorexie mentale présentent des obsessions ou des compulsions qui ne concernent ni la nourriture, ni la forme corporelle, ni le poids, un diagnostic additionnel de Trouble obsessionnel-compulsif peut se justifier.

Parmi les autres caractéristiques cliniques parfois associées à l'Anorexie mentale, on note des difficultés à manger en public, des sentiments d'incompétence, un fort besoin de contrôler l'environnement, une pensée inflexible, un manque de spontanéité sociale, un perfectionnisme et des capacités d'initiative ou une expressivité émotionnelle nettement réduites. Un pourcentage substantiel de sujets souffrant d'Anorexie mentale présente des traits de personnalité pathologique qui remplissent les critères d'au moins un trouble de la personnalité. Comparés aux sujets présentant une Anorexie mentale de type restrictif, ceux présentant une Anorexie mentale avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs ont plus fréquemment d'autres Troubles du contrôle des impulsions et une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues. Ils présentent une plus grande labilité de l'humeur, ont plus souvent conservé une activité sexuelle, ont des antécédents plus fréquents de tentatives de suicide, et présentent plus souvent des traits de personnalité pathologique répondant aux critères de la Personnalité borderline.

Examens complémentaires. Bien que certains sujets atteints d'Anorexie mentale ne présentent aucun résultat anormal aux examens complémentaires, la sous- alimentation caractéristique du trouble peut affecter la plupart des organes et provoquer des troubles variés. Les vomissements provoqués et l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou lavements, entraînent souvent eux-mêmes de nombreuses perturbations responsables de résultats de laboratoire anormaux.

Hématologie : Une leucopénie et une anémie modérée sont fréquentes ; la thrombocytopénie est rare.

Biochimie : La déshydratation peut se traduire par une élévation rie l'urée sanguine. L'hypercholestérolémie est fréquente. Les enzymes hépatiques peuvent être augmentées. Occasionnellement, on observe une hypomagnésémie, une hypo-zincémie, une hypophosphatémie et une hyperamylasémie. Les vomissements provoqués peuvent induire une alcalose métabolique (élévation des bicarbonates sériques), une hvpoci;lo-

rémie et une hypokaliémie, et l'abus de laxatifs, une acidose métabolique. Les concentrations plasmatiques de thyroxine (T4) sont habituellement à la limite inférieure de la normale ; les concentrations de triiodothyronine (T3) sont abaissées. Un hyperadrénocorticisme et des réponses anormales à diverses épreuves de stimulation neuroendocrinienne sont habituelles.

Les concentrations sériques d'oestrogènes chez les femmes et de testostérone chez les hommes sont basses. Dans les deux sexes, il y a régression de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, comme l'indique un rythme de sécrétion sur 24 heures de l'hormone lutéinisante (LH) qui ressemble à celui observé normalement chez les individus prépubères ou en début de puberté.

Électrocardiogramme : On observe une bradycardie sinusale et, rarement, des arythmies.

Électroencéphalogramme : Des anomalies diffuses, reflétant une encéphalopathie métabolique, peuvent résulter de perturbations hydriques et métaboliques graves.

Imagerie cérébrale : On observe souvent une augmentation du rapport du volume ventriculaire au volume cérébral total, secondaire à la sous-alimentation.

Métabolisme basal : Il est souvent significativement réduit.

Examen physique et affections médicales générales associées. Beaucoup des signes et symptômes de l'Anorexie mentale sont attribuables à la sous-alimentation. Outre l'aménorrhée, on peut observer une constipation, des douleurs abdominales, une frilosité, une léthargie ou au contraire un excès d'énergie. Le signe le plus frappant à l'examen physique est l'émaciation. On peut également noter une hypotension importante, une hypothermie et une sécheresse cutanée. Chez certains individus, un fin duvet corporel, le lanugo, se développe sur le tronc. Beaucoup de sujets présentent une bradycardie. Certains développent un œdème périphérique, particulièrement pendant la période de reprise de poids ou au moment de l'arrêt de l'utilisation abusive des laxatifs ou des diurétiques. Rarement des pétéchies, surtout aux extrémités, indiquent la présence d'une diathèse hémorragique. Chez certains sujets, on note une coloration jaune de la peau, associée à une hypercarotinémie. Une hypertrophie des glandes salivaires, en particulier des parotides, peut s'observer. Les sujets qui se font vomir peuvent présemer une érosion de l'émail dentaire, et certains ont des cicatrices ou des callosités sur la face dorsale des mains dues au contact avec les dents quand ils se font vomir.

Dans l'Anorexie mentale, la semi-inanition et les méthodes de contrôle du poids qui lui sont parfois associées (vomissements provoqués, abus de purgatifs) peuvent aboutir à des affections médicales générales graves : anémie normochrome normocytaire, insuffisance rénale (avec déshydratation et hypokaliémie chroniques), problèmes cardio-vasculaires (hypotension sévère, arythmies), troubles dentaires et ostéoporose (résultant d'un apport insuffisant et d'une faible absorption du calcium, de la diminution de la sécrétion d'oestrogènes et de l'augmentation de la sécrétion de cortisol).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

C'est dans les sociétés industrialisées que la prévalence de l'Anorexie mentale apparaît, de loin, la plus élevée, sociétés clans lesquelles la nourriture est présente en abondance et où prévaut l'idée que pour être séduisant, il faut être mince, en particulier quand on est une femme. Les prévalences les plus fortes touchent probablement les États-Unis, le Canada, l'Europe, l'Australie, le Japon et l'Afrique du Sud, mais il existe peu d'études systématisées sur la prévalence du trouble dans d'autres cultures. Les sujets originaires

de cultures où l'Anorexie mentale est rare, qui émigrent vers d'autres cultures dans lesquelles la prévalence du trouble est plus élevée, peuvent développer la maladie, en assimilant les idéaux de minceur corporelle de la société d'accueil. Certains facteurs culturels semblent également influencer le tableau clinique du trouble. Par exemple, dans certaines cultures, les troubles de la perception corporelle peuvent ne pas être au premier plan, le motif invoqué pour justifier la restriction alimentaire ou la peur de prendre du poids étant alors différent, par exemple une douleur épigastrique ou un dégoût de la nourriture.

L'Anorexie mentale débute rarement avant la puberté mais certaines études suggèrent que, dans ce cas, les symptômes psychologiques sont plus sévères. A l'inverse, d'autres études semblent indiquer que, lorsque la maladie commence au début de l'adolescence (entre 13 et 18 ans), son pronostic est plus favorable. Plus de 90 % des cas d'Anorexie mentale touchent les femmes.

Prévalence

La prévalence vie entière de l'Anorexie mentale dans la population féminine est d'environ 0,5%. Les sujets qui sont « sous le seuil diagnostique » du trouble (c.-à-d. avec un Trouble des conduites alimentaires non spécifié) sont plus nombreux. La prévalence de l'Anorexie mentale dans la population masculine est d'environ un dizième de celle dans la population féminine. L'incidence de l'Anorexie mentale semble avoir augmenté au cours des dernières décennies.

Évolution

Typiquement, l'Anorexie mentale commence au milieu ou à la fin de l'adolescence (14 à 18 ans). La maladie débute rarement chez les femmes après l'âge de 40 ans. Le début du trouble est souvent associé à un événement de vie stressant, comme le départ de la maison pour aller à l'Université. L'évolution et le pronostic de l'Anorexie mentale sont extrêmement variables. Certains sujets guérissent complètement après un épisode unique, d'autres présentent un mode d'évolution fluctuant, avec prise de poids suivie de rechute, d'autres enfin ont une évolution chronique avec détérioration progressive sur de nombreuses années. Avec le temps, surtout pendant les cinq ans qui suivent le début du trouble, un pourcentage significatif de sujets avec une Anorexie mentale de type restrictif développe des crises de boulimie, ce qui indique une évolution vers le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs. Un changement marqué de la présentation clinique (p. ex., prise de poids associée à la présence de crises de boulimie et de comportements purgatifs) peut finalement justifier d'un changement du diagnostic d'Anorexie mentale en Boulimie.

Aspects familiaux

Les apparentés de premier degré de sujets atteints d'Anorexie mentale présentent un risque accru pour l'Anorexie mentale, ainsi que pour les Troubles de l'humeur (et surtout, dans ce dernier cas, les apparentés de sujets atteints d'Anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs). Les études de jumeaux ont mis en évidence des taux de concordance pour l'Anorexie mentale significativement plus élevés chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes.

Diagnostic différentiel

Avant de faire le diagnostic d'Anorexie mentale, il faut considérer les autres causes possibles d'une perte rie poids importante, surtout lorsque le tableau clinique est atypique (comme un début après l'âge de 40 ans). Dans certaines **affections médicales générales (p.** ex., maladie gastro-intestinale, tumeurs cérébrales, cancers occultes, syndrome immuno-déficitaire acquis [SIDA]), la perte de poids peut être importante mais les sujets n'ont ni distorsion de l'image du corps, ni désir de continuer à maigrir. Le **Syndrome de l'artère mésentérique inférieure** (caractérisé par des vomissements postprandiaux secondaires à l'obstruction intermittente de l'évacuation gastrique) doit être distingué de l'Anorexie mentale mais peut parfois se développer à la suite de celle-ci, du fait de l'amaigrissement. Dans le **Trouble dépressif majeur,** une perte de poids importante peut se produire mais la plupart des sujets n'ont ni désir d'une perte de poids excessive, ni peur excessive de prendre du poids. Dans la **Schizophrénie,** on observe parfois des bizarreries du comportement alimentaire et, occasionnellement, une perte de poids importante mais rarement la peur de prendre du poids et l'altération de l'image du corps requises pour un diagnostic d'Anorexie mentale.

Certaines caractéristiques de l'Anorexie mentale font partie des critères de la **Phobie sociale,** du **Trouble obsessionnel-compulsif** et de la **Peur d'une dysmorphie corporelle.** Plus spécifiquement, certains sujets peuvent se sentir humiliés ou embarrassés à l'idée d'être vus en train de manger en public, comme dans la Phobie sociale ; d'autres peuvent présenter des obsessions ou des compulsions ayant trait à la nourriture, comme clans le Trouble obsessionnel-compulsif ; certains peuvent être préoccupés par un défaut imaginaire dans leur apparence corporelle, comme dans la Peur d'une dysmorphie corporelle. Si un sujet souffrant d'Anorexie mentale a des craintes sociales limitées au seul comportement alimentaire, on ne doit pas porter le diagnostic de Phobie sociale ; mais des craintes sociales qui ne concernent pas le comportement alimentaire (p. ex., la peur excessive de parler en public) peuvent justifier un diagnostic additionnel de Phobie sociale. De la même manière, on ne doit considérer un diagnostic additionnel de Trouble obsessionnel-compulsif que si le sujet présente des obsessions ou des compulsions qui n'ont pas de rapport avec la nourriture (p. ex., une crainte excessive de la contamination), et on ne peut envisager un diagnostic additionnel de Peur d'une dysmorphie corporelle que si la distorsion de la perception concerne autre chose que la taille ou la forme corporelle (p. ex., une préoccupation au sujet d'un nez trop gros).

Dans la **Boulimie (Bulimia nervosa),** les sujets présentent des épisodes récurrents de crises de boulimie, ils ont recours à des comportements inappropriés pour éviter la prise de poids (p. ex., vomissements provoqués) et sont excessivement préoccupés par la forme et par le poids de leur corps. Cependant, à la différence des sujets atteints d'Anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, ils sont capables *de* maintenir leur poids dans les limites de la normale ou au-dessus.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV diffèrent de plusieurs manières. La CIM-10 requiert spécifiquement que la perte de poids soit induite par l'évitement délibéré des aliments « qui font grossir » et, chez les

hommes, qu'il y ait perte du désir et de la puissance sexuelle (ce qui correspond à l'aménorrhée chez les femmes). Enfin, à la différence du DSM-IV, dans lequel le diagnostic d'Anorexie mentale est prédominant par rapport à celui de Boulimie, la CIM-10 exclut un diagnostic d'Anorexie mentale si des crises clé boulimie surviennent régulièrement.

Critères diagnostiques de F50.0 [307.1] L'Anorexie mentale (Anorexia nervosa)

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % (lu poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes.)

Spécifier le type :

Type restrictif (« Restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« Binge-eating/purging type ») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

F50.2 [307.51] Boulimie (Bulimia nervosa)

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de la Boulimie (Bulimia nervosa) sont des crises de boulimie et le recours à des méthodes compensatoires inappropriées pour prévenir la prise de poids. De plus, l'estime de soi des sujets atteints de Boulimie est influencée de manière excessive par la forme et par le poids de leur corps. Pour répondre à ce dia-

gnostic, les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés doivent survenir, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois (Critère C).

La définition d'une *crise de boulimie* (« *binge* ») est la suivante : absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans des circonstances similaires (Critère Al). Le clinicien doit prendre en considération le contexte clans lequel se passe la prise alimentaire ce qui serait considéré comme une prise alimentaire excessive lors d'un repas banal peut être considéré comme normal lors d'un repas de fête. Une « période de temps limitée » désigne habituellement une période inférieure à deux heures. Une même crise ne se produit pas nécessairement dans un seul lieu. Par exemple, une personne peut commencer une crise au restaurant et la poursuivre à son retour chez elle. Le grignotage continuel de petites quantités de nourriture pendant toute la journée ne doit pas être considéré comme une crise de boulimie.

Bien que le type d'aliments absorbés pendant les crises varie, typiquement on y trouve des aliments sucrés et riches en calories, comme les glaces ou les gâteaux. Pourtant, une crise de boulimie se caractérise davantage par la quantité d'aliments absorbés que par une avidité particulière pour tel ou tel type de nutriments, comme les hydrates de carbone (« *carbohydrate craving* »). Si les sujets atteints de Boulimie consomment davantage de calories pendant une crise que les personnes normales pendant un repas, la répartition des calories provenant des protides, des lipides et des glucides, est équivalente.

Typiquement, les sujets souffrant de Boulimie éprouvent de la honte quant à leurs problèmes alimentaires et tentent de dissimuler leurs symptômes. Les crises surviennent habituellement en secret, ou de façon aussi discrète que possible. Un épisode peut être ou ne pas être planifié à l'avance ; il est habituellement (mais pas toujours) caractérisé par l'ingestion très rapide des aliments. La crise se poursuit souvent jusqu'à une sensation pénible, voire douloureuse, de distension abdominale. Typiquement, les crises sont déclenchées par des états de dysphorie, par des tensions interpersonnelles, par une faim intense faisant suite à une période de restriction alimentaire, ou par des pensées ayant trait au poids, à l'apparence corporelle et à la nourriture. La crise de boulimie peut soulager provisoirement la dysphorie, mais elle laisse souvent la place à une autodépréciation importante et à une humeur dépressive.

L'épisode de boulimie s'accompagne également d'un sentiment de perte de contrôle. Pendant la crise, le sujet peut être clans un véritable état de frénésie, particulièrement au début de l'évolution du trouble. Certaines personnes décrivent un état de dissociation, pendant ou au décours de la crise. Lorsque le trouble dure depuis un certain temps, les patients expliquent parfois que ce n'est plus un sentiment aigu de perte de contrôle qui accompagne les épisodes de boulimie, mais plutôt des signes de baisse de la capacité de contrôle, comme une difficulté à résister à une crise imminente ou à l'arrêter une fois commencée. La perte de contrôle associée aux crises de boulimie n'est pas absolue ; par exemple, une personne peut continuer sa crise alors que le téléphone sonne mais l'arrêter si son conjoint, ou quelqu'un d'autre, entre à l'improviste dans la pièce.

Un autre trait essentiel de la Boulimie est le recours répété à des comportements compensatoires inappropriées destinés à prévenir la prise de poids (Critère B). Dans leur effort pour contrecarrer l'effet des crises, beaucoup de sujets combinent plusieurs méthodes. La technique compensatoire la plus fréquente est l'induction d'un vomissement après la crise. Cette manière de se « vider » est utilisée par 80 % à 90 % des sujets

consultant dans les centres de soins spécialisés. Les effets immédiats du vomissement sont de soulager l'inconfort physique et de réduire la peur de prendre do poids. Dans certains cas, le vomissement devient un objectif en lui-même et le sujet fera une crise dans le seul but de vomir, ou bien vomira après l'absorption d'une petite quantité de nourriture. Les sujets peuvent utiliser diverses méthodes pour se faire vomir, comme de se servir de leurs doigts ou d'instruments variés pour stimuler le réflexe nauséeux. Ils peuvent devenir experts à cela et finir par vomir à volonté. Rarement, certains consomment du sirop d'ipéca pour provoquer le vomissement. Les autres méthodes pour se « vider » sont l'emploi abusif de laxatifs ou de diurétiques. Approximativement un tiers des sujets atteints de Boulimie consomment des laxatifs après les crises. Rarement, certains pratiquent des lavements après les épisodes de boulimie, mais cela n'est généralement pas la seule méthode de contrôle du poids qu'ils utilisent.

Pour contrecarrer l'effet des crises, les personnes atteintes de Boulimie peuvent également jeûner pendant un jour ou plus, ou pratiquer des exercices physiques excessifs. L'exercice physique peut être considéré comme excessif lorsqu'il interfère de façon significative avec des activités importantes, lorsqu'il a lieu à des moments ou en des lieux inappropriés, ou encore lorsque le sujet en continue la pratique en dépit de blessures ou d'autres complications médicales. Plus rarement, les sujets peuvent prendre des extraits thyroïdiens pour éviter la prise de poids. Ceux qui souffrent à la fois de Diabète insulinodépendant et rie Boulimie peuvent délibérément omettre ou réduire leurs prises d'insuline, dans le but de diminuer la métabolisation des aliments consommés pendant les crises de boulimie.

Dans l'estimation de leur valeur personnelle, les personnes souffrant de Boulimie accordent une importance excessive à la forme et au poids de leur corps et, classiquement, ce sont ces seuls facteurs qui importent parmi ceux déterminant habituellement l'estime de soi (Critère D). Les sujets atteints de Boulimie ressemblent souvent étroitement à ceux atteints d'Anorexie mentale, par la peur de grossir, le désir de perdre du poids, et le niveau d'insatisfaction touchant à leur propre corps. Cependant, le diagnostic de Boulimie ne doit pas être porté lorsque la perturbation survient exclusivement au cours d'épisodes d'Anorexie mentale (Critère E).

Sous-types

On peut utiliser les sous-types suivants pour spécifier si le sujet a eu ou non recours, de manière régulière, aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou lavements, dans le but de compenser les effets des crises de boulimie :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« Purging type »). Ce sous-type décrit des tableaux cliniques dans lesquels le sujet a eu régulièrement recours, pendant l'épisode actuel de Boulimie, aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« Nonpurging type »). Ce sous-type décrit des tableaux cliniques clans lesquels le sujet a utilisé, pendant l'épisode actuel de Boulimie, d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou lavements.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Typiquement, les sujets présentant une Boulimie ont un poids dans les limites de la normale, bien que certains puissent présenter un faible déficit ou une faible surcharge pondérale. Chez les sujets présentant une obésité modérée ou extrême, le trouble peut survenir mais n'est pas fréquent. Il semblerait qu'avant le début du trouble alimentaire, les sujets atteints de Boulimie présentent plus fréquemment que les autres un surpoids. Habituellement, entre les crises, ils restreignent leur consommation calorique totale et sélectionnent de manière préférentielle des aliments à faible teneur énergétique (aliments « de régime »), évitant ceux qu'ils perçoivent comme faisant grossir ou susceptibles de déclencher une crise.

On note une fréquence accrue de symptômes dépressifs (p. ex., faible estime de soi) et de Troubles de l'humeur (en particulier Dysthymie ou Dépression majeure) chez les sujets atteints de Boulimie. Chez la plupart sinon tous, le trouble de l'humeur débute en même temps que (ou après) la Boulimie, et c'est souvent à cette dernière qu'ils imputent l'altération de leur humeur. Cependant, chez certains sujets, la perturbation de l'humeur précède clairement le développement de la Boulimie. On peut également observer une fréquence accrue de symptômes anxieux (p. ex., la crainte des rencontres sociales) ou de Troubles anxieux. Ces troubles dépressifs et anxieux disparaissent fréquemment lorsque la Boulimie est efficacement traitée. La prévalence vie entière de l'Abus ou de la Dépendance à une substance, en particulier l'alcool ou une substance stimulante, est d'au moins 30 % chez les sujets atteints de Boulimie. La prise de stimulants débute souvent comme une tentative pour contrôler l'appétit et le poids. Un pourcentage substantiel de personnes atteintes de Boulimie présente des traits de personnalité répondant aux critères d'un ou de plusieurs Troubles de la personnalité (le plus souvent Personnalité borderline).

Des données préliminaires suggèrent que les sujets souffrant de Boulimie, type avec vomissements ou prise de purgatifs, présentent davantage de symptômes dépressifs et une préoccupation plus importante concernant le poids et la forme corporelle, que ceux souffrant de Boulimie, type sans vomissements ni prise de purgatifs.

Examens complémentaires. Le recours fréquent aux vomissements provoqués ou à la prise de médicaments purgatifs, quels qu'ils soient, peut entraîner des anomalies hydro-électrolytiques, le plus souvent hypokaliémie, hyponatrémie et hypochlorémie. La déperdition en suc gastrique acide liée aux vomissements peut produire une alcalose métabolique (élévation des bicarbonates sériques), tandis que les diarrhées fréquentes induites par les laxatifs peuvent provoquer une acidose métabolique. Certains patients présentent une élévation modérée de l'amylase sérique, reflétant probablement une augmentation de l'isoenzyme salivaire.

Examen physique et affections médicales générales associées. A la longue, les vomissement récurrents peuvent entraîner une perte importante et définitive de l'émail dentaire, en particulier sur les surfaces linguales des incisives. Ces dernières peuvent s'ébrécher et prendre une apparence déchiquetée ou comme « mangée aux mites ». On peut aussi observer une fréquence accrue de caries dentaires. Chez certains sujets, les glandes salivaires, particulièrement les parotides, peuvent augmenter notablement de volume. Ceux qui se font vomir par stimulation manuelle du réflexe nauséeux ont souvent des callosités ou des cicatrices sur la surface dorsale des mains, du fait du frot-

tement répété de celles-ci sur les dents. Les sujets qui prennent régulièrement du sirop d'ipéca pour se faire vomir peuvent développer des myopathies sévères touchant le muscle cardiaque ou les muscles squelettiques.

Les femmes atteintes de Boulimie présentent parfois des règles irrégulières ou une aménorrhée ; on ne sait pas très bien si ces troubles sont liés aux fluctuations pondérales, aux carences nutritionnelles ou à la tension émotionnelle. Les sujets qui abusent de façon chronique de laxatifs peuvent devenir dépendants de ces produits pour stimuler leur motilité intestinale. Les troubles hydro-électrolytiques résultant des vomissements ou de la prise de purgatifs sont parfois suffisamment sévères pour constituer des problèmes médicaux majeurs. Les déchirures oesophagiennes, la rupture gastrique et les arythmies cardiaques constituent des complications médicales rares mais potentiellement fatales. Des cas de prolapsus rectal ont été rapportés. Comparés aux sujets avec Boulimie de type sans vomissements ni prise de purgatifs, ceux présentant une Boulimie de type avec vomissements ou prise de purgatifs sont davantage susceptibles de développer (les problèmes somatiques, en particulier de troubles hydro-électrolytiques.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

On a rapporté des taux de prévalence de la Boulimie approximativement similaires dans la plupart des pays industrialisés, y compris les États-Unis, le Canada, L'Europe, l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande et l'Afrique du Sud. Peu d'études ont cherché à déterminer la prévalence de la maladie dans d'autres cultures. Dans les études réalisées clans des populations de patients consultants aux États-Unis, la grande majorité des sujets sont de race blanche, mais le trouble a également été décrit dans d'autres groupes ethniques.

Dans les populations cliniques et épidémiologiques, au moins 90 % des sujets atteints de Boulimie sont des femmes. Certaines données suggèrent que chez les hommes souffrant de Boulimie, la prévalence d'obésité prémorbide est plus élevée que chez les femmes.

Prévalence

La prévalence vie entière de la Boulimie chez les femmes adolescentes ou adultes jeunes est approximativement de 1 % à 3 % ; le taux de survenue de la maladie chez les hommes représente à peu près un dixième de celui des femmes.

Évolution

La Boulimie débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les crises de boulimie commencent fréquemment pendant ou après une période de régime alimentaire restrictif. Dans les échantillons cliniques, le comportement alimentaire pathologique persiste pendant plusieurs années clans un pourcentage élevé de cas. L'évolution peut être chronique ou intermittente, avec des périodes de rémission alternant avec la reprise des crises de boulimie. Cependant, dans les études de suivi à long terme, les symptômes semblent s'atténuer chez beaucoup de personnes. L'existence de périodes de rémission d'au moins un an est associée à un pronostic plus favorable à long terme.

Aspects familiaux

Plusieurs études ont suggéré une fréquence accrue de Boulimie, de Troubles de l'humeur et de Troubles liés à une substance (Abus ou Dépendance) chez les apparentés de premier degré de sujets atteints de Boulimie. une prédisposition familiale à l'obésité existe peut-être, niais cela n'a pas été clairement démontré.

Diagnostic différentiel

Pour les sujets dont les crises de boulimie surviennent au cours d'une Anorexie mentale, il faut porter le diagnostic d'Anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs et *non pas* faire un diagnostic additionnel de Boulimie. Pour quelqu'un qui présente des crises de boulimie, se fait vomir ou prend des purgatifs, mais dont la symptomatologie ne remplit plus tous les critères de l'Anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (p. ex., lorsque le poids est revenu à la normale ou que les règles sont régulières), c'est le jugement clinique qui déterminera si le diagnostic actuel le plus approprié est celui d'Anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, en rémission partielle, ou celui de Boulimie.

Dans certaines affections neurologiques ou d'autres affections médicales générales comme le Syndrome de **Kleine-Levin**, le comportement alimentaire est anormal mais les traits psychologiques caractéristiques de la Boulimie, comme une préoccupation excessive concernant la forme et le poids corporels, n'existent pas. L'hyperphagie est fréquente clans la Dépression majeure, avec caractéristiques atypiques, mais les patients atteints de ce trouble ne recourent pas à des comportements compensatoires inappropriés et n'ont pas de préoccupation excessive à propos de la forme ou du poids de leur corps, comme c'est le cas dans la Boulimie. Si les critères des deux troubles sont présents, les deux diagnostics doivent être portés. Les crises de boulimie sont un des critères possibles du comportement impulsif dans la définition de la Personnalité borderline. Si l'ensemble des critères des deux troubles sont remplis, il faut porter les deux diagnostics.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont presque les mêmes, si ce n'est la relation entre l'Anorexie mentale et la Boulimie. A la différence du DSM-IV, qui exclut un diagnostic: de Boulimie si le comportement survient exclusivement au cours d'une Anorexie mentale, la CIM-10 exclut un diagnostic d'Anorexie mentale si des crises de boulimie surviennent régulièrement.

Critères diagnostiques de F50.2 1307.511 La Boulimie (Bulimia nervosa)

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F50.2 [307.511 La Boulimie (Bulimia nervosa)** *(suite)*

(1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale (Anorexia nervosa).

Spécifier le type :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« Purging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« Nonpurging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

F50.x [307.50] Trouble des conduites alimentaires non spécifié

Les Troubles des conduites alimentaires non spécifiés sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble (les conduites alimentaires spécifique. En voici quelques exemples :

1. F50.1 Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si cc n'est qu'elle a des règles régulières.
2. F50.1 Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
3. F50.3 Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.
4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).
5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
6. F50.4 Hyperphagie boulimique (« *Binge-eating disorder* ») : Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la Boulimie (voir p. 905 les Critères proposés pour la recherche, Annexe B).

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont organisés en quatre sections principales en fonction de l'étiologie présumée. Les **Troubles primaires du sommeil** sont ceux pour lesquels aucune (les étiologies indiquées ci-dessous (c.-à-d. un autre trouble mental, une affection médicale générale, une substance) n'est en cause. On peut présumer que les Troubles primaires du sommeil résultent d'anomalies endogènes des mécanismes responsables de la genèse ou de l'horaire veille-sommeil, souvent compliquées par des facteurs de conditionnement. Les Troubles primaires du sommeil sont à leur tour subdivisés en **Dyssomnies** (caractérisées par des anomalies de la quantité, de la qualité ou de l'horaire du sommeil) et **Parasomnies** (caractérisées par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques associés au sommeil, aux stades spécifiques de sommeil ou aux transitions veille-sommeil).

Le Trouble du sommeil en rapport avec un autre trouble mental comporte au premier plan une plainte de perturbation du sommeil résultant d'un trouble mental diagnostiquable (souvent un Trouble de l'humeur ou un Trouble anxieux) suffisamment sévère pour justifier un examen clinique. Vraisemblablement, les mécanismes responsables du trouble mental affectent également la régulation veille-sommeil.

Le Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale comporte au premier plan une plainte de perturbation du sommeil résultant des effets physiologiques directs d'une affection médicale générale sur le système veille-sommeil.

Le Trouble du sommeil induit par une substance comporte au premier plan une plainte de perturbation du sommeil résultant de l'utilisation ou de l'arrêt récent de l'utilisation d'une substance (y compris les médicaments).

L'évaluation systématique d'individus présentant comme plainte de premier plan des perturbations du sommeil comprend une évaluation spécifique du caractère de la plainte et la prise en compte du rôle étiologique éventuel d'un trouble mental, d'une affection médicale générale et de la prise d'une substance (y compris les médicaments).

Cinq stades de sommeil distincts peuvent être appréciés par la polysomnographie : le sommeil paradoxal (SP) ou à mouvements oculaires rapides (MOR[1]) et quatre stades de sommeil non-paradoxal. Le stade 1 du sommeil non-paradoxal[2] est une transition de l'état de veille au sommeil et constitue environ 5 % du temps de sommeil chez l'adulte en bonne santé. Le stade 2 du sommeil non-paradoxal, caractérisé par des ondes spécifiques à l'EEG (fuseaux du sommeil et complexes K) constitue environ 50 % du temps de sommeil. Les stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal (également dénommés sommeil à ondes lentes) représentent le sommeil le plus profond et constituent environ 10 à 20 % du temps de sommeil. Le sommeil paradoxal, pendant lequel

1. Angl. REM = *Rapid Eye Movements* (N.d.T.).
2. Angl. NREM = *Non Rapid Eye Movements*

survient la majorité des rêves à contenu narratif, constitue 20 à 25 % du temps de sommeil.

Ces stades de sommeil montrent une organisation temporelle caractéristique au cours de la nuit. Les stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal ont tendance à survenir dans le premier tiers ou la première moitié de la nuit et leur durée augmentent à la suite d'une privation de sommeil. Le sommeil paradoxal survient de façon cyclique pendant toute la nuit en alternance avec le sommeil non-paradoxal toute les 80 à 100 minutes environ. La durée des périodes de sommeil paradoxal augmente au cours de la nuit pour être maximale en fin de nuit. Le sommeil humain varie aussi au cours de la vie de façon caractéristique. Après une relative stabilité pendant l'enfance et le début de l'adolescence, période caractérisée par de grandes quantités de sommeil a ondes lentes, la continuité et la profondeur du sommeil se détériorent au cours de l'âge adulte. Cette détérioration se traduit par l'augmentation de l'éveil et du stade I et par une diminution des stades 3 et 4. C'est pourquoi, l'âge doit être pris en considération dans toute évaluation diagnostique d'un trouble du sommeil.

La *polysomnographie* représente l'enregistrement, au cours du sommeil rie multiples paramètres électrophysiologiques, et comprend généralement une mesure de l'activité EEG, électro-oculographique et électromyographique. Peuvent être enregistrés également les flux oral et nasal, l'effort respiratoire, les mouvements thoraciques et abdominaux, la saturation en oxygène de l'hémoglobine ou la concentration en dioxyde de carbone de l'air expiré ; ces mesures sont utilisées pour enregistrer la respiration pendant le sommeil, et pour détecter la présence et la sévérité d'apnées du sommeil. La mesure de l'activité électromyographique périphérique peut être utilisée pour détecter des mouvements anormaux durant le sommeil. La plupart des évaluations polysomnographiques sont réalisées pendant les heures de sommeil habituelles de la personne c.-à.-d. la nuit. Toutefois, des évaluations polysomnographiques de jour sont aussi réalisées pour quantifier la somnolence diurne. La technique la plus fréquemment utilisée est le Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE [1]), dans lequel on demande au sujet de se coucher dans une chambre occultée et de ne pas résister au sommeil ; cette procédure est répétée cinq fois durant la journée. La latence d'endormissement (le temps nécessaire à l'endormissement) mesurée à chaque essai est considérée comme le reflet de la somnolence physiologique. La technique inverse est aussi utilisée : dans le 'l'est de maintien de la veille, on demande au sujet de rester éveillé dans une chambre silencieuse et faiblement éclairée ; cette procédure est répétée plusieurs fois durant la journée. La latence d'endormissement est à nouveau mesurée mais est ici considérée comme le reflet de la capacité du sujet à maintenir un état de veille.

C'est la terminologie standard des variables polysomnographiques qui est utilisée dans cette section. La ***continuité du sommeil*** reflète la proportion générale de sommeil et d'éveil durant la nuit. Une « bonne » continuité du sommeil indique un sommeil continu avec peu d'éveil ; une « mauvaise » continuité du sommeil indique un sommeil fragmenté et plus d'éveils. Des mesures spécifiques de la continuité du sommeil comprennent la ***latence d'endormissement*** le temps nécessaire à l'endormissement (exprimé en minutes) ; ***l'éveil intermittent*** — la quantité d'éveil après l'endormissement initial (exprimé en minutes) ; et ***l'efficacité du sommeil*** la proportion entre la durée du sommeil et la durée du temps passé au lit (exprimé en pourcentage, un chiffre

1 MSLT = *Multiple Sleep Latency 'l'est (N.(1.'.).*

élevé traduisant une meilleure continuité du sommeil). *L'architecture du sommeil* désigne la quantité et la distribution des stades de sommeil spécifiques. L'évaluation de l'architecture du sommeil comprend des mesures de quantité absolue de sommeil paradoxal et de chaque stade de sommeil non-paradoxal (en minutes), de quantité relative du sommeil paradoxal et des stades du sommeil non- paradoxal (exprimée en pourcentage du temps total de sommeil) et de la latence d'apparition du premier épisode de sommeil paradoxal après l'endormissement (latence du sommeil paradoxal).

Pour chaque Trouble du sommeil, le texte contient une section décrivant les relations avec les troubles correspondants de la *Classification Internationale des Troubles du Sommeil :* (CITS) *Manuel diagnostique et de codification'*, publié en 1990 par l'Association Américaine sur les Troubles du sommeil.

Troubles primaires du sommeil

Dyssomnies

Les dyssomnies sont des troubles primaires de l'initiation ou du maintien du sommeil ou de la vigilance diurne et sont caractérisées par une perturbation de la quantité, de la qualité ou de l'horaire du sommeil. Cette section comprend l'Insomnie primaire, L'Hypersomnie primaire, la Narcolepsie, le Trouble du sommeil lié à la respiration, le Trouble du sommeil lié au rythme circadien et la Dyssomnie non spécifiée.

F51.0 [307.42] Insomnie primaire

Caractéristiques diagnostiques

La particularité essentielle d'une Insomnie primaire est une plainte de difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou de sommeil non réparateur, d'une durée d'au moins un mois (Critère A) qui est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). La perturbation du sommeil ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (Critère C), d'un trouble mental (Critère D) et n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère E).

Les individus présentant une Insomnie primaire se plaignent souvent de difficultés d'endormissement en rapport avec des éveils intermittents durant le sommeil. Le type de plaintes de sommeil varie souvent en fonction du temps. Par exemple, les sujets se plaignant de difficultés d'endormissement à un moment peuvent subséquemment se plaindre de troubles du maintien du sommeil ou vice versa. Moins fréquemment, les individus présentant une insomnie primaire peuvent se plaindre uniquement d'un sommeil non réparateur — c'est-à-dire qu'ils ont le sentiment que leur sommeil est

1. Angl. : *The International Classification of Sire» Disorders (ICSD) Diagnostic and Coding Manual.*

agité, léger ou de mauvaise qualité. Certaines personnes présentant des perturbations du sommeil nocturnes ne s'en plaignent pas ou ne présentent pas d'altération de leur fonctionnement. Un diagnostic d'insomnie primaire doit être réservé aux individus présentant une souffrance marquée ou une altération du fonctionnement.

L'Insomnie primaire est souvent associée à une augmentation de la vigilance physiologique ou psychologique durant la nuit se combinant à des conditionnements négatifs liés à la recherche du sommeil. Une souffrance et une préoccupation marquée liée a l'incapacité à trouver le sommeil peut contribuer au développement d'un cercle vicieux : plus l'individu s'efforce de dormir, plus il devient frustré et angoissé et moins il s'avère capable de dormir. Se coucher dans un lit dans lequel on a passé de nombreuses nuits blanches peut être à l'origine de frustration et d'éveil conditionné. Inversement, l'individu peut s'endormir plus facilement s'il n'essaie pas de le faire (p. ex., en regardant la télévision, en lisant ou en conduisant sa voiture). Certains individus présentant une augmentation de vigilance et un conditionnement négatif rapportent qu'ils dorment mieux ailleurs que dans leur propre chambre à coucher et en dehors de leurs conditions habituelles. Les individus présentant une insomnie primaire peuvent dès lors acquérir au cours de l'évolution de la maladie des habitudes de sommeil mal adaptées (p. ex., sieste diurne, temps excessif passé au lit, horaires erratiques de sommeil, comportement au lit incompatible avec le sommeil). L'insomnie chronique peut conduire à une diminution de la sensation de bien-être pendant la journée (p. ex., détérioration de l'humeur et des motivations ; diminution de l'attention, de l'énergie et de la concentration ; asthénie et malaise). Bien que, souvent, on retrouve une plainte subjective de fatigue diurne, les examens polysomnographiques ne démontrent habituellement pas de signes physiologiques de somnolence excessive.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. De nombreux sujets présentant une Insomnie primaire avaient déjà un sommeil léger ou facilement perturbé avant l'apparition de problèmes de sommeil plus persistants. D'autres facteurs éventuellement associés sont une inquiétude exagérée concernant l'état de santé général et une très grande sensibilité aux répercutions diurnes d'une légère privation de sommeil. Des symptômes anxieux ou dépressifs ne remplissant pas les critères d'un trouble mental spécifique peuvent être présents. Des problèmes interpersonnels, sociaux ou professionnels peuvent survenir à la suite de préoccupations exagérées concernant le sommeil, d'une irritabilité diurne accrue et d'une mauvaise concentration. Des problèmes d'inattention ou de concentration peuvent aussi être à l'origine d'accidents. Les individus présentant une insomnie sévère ont de plus grandes altérations du fonctionnement, une moindre productivité et ont plus fréquemment recours au système de soins de santé. Les individus présentant une insomnie primaire peuvent aussi décrire du stress hé aux relations sociales et du stress professionnel.

Les individus présentant une Insomnie primaire peuvent avoir des antécédents de troubles mentaux, particulièrement de Troubles de l'humeur et de Troubles anxieux. L'insomnie primaire constitue également un facteur de risque pour (ou peut-être un symptôme précoce) d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux et d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Les individus présentant une Insomnie primaire utilisent parfois les médicaments de façon inappropriée : les hypnotiques ou l'alcool pour aider le sommeil nocturne, les anxiolytiques pour combattre la tension nerveuse ou l'anxiété, et la caféine ou d'autres stimulants pour vaincre la fatigue excessive. Dans certains cas,

l'utilisation de ce type de substances peut conduire à un Abus de substance ou à une Dépendance à une substance.

Examens complémentaires. La polysomnographie peut mettre en évidence une mauvaise continuité du sommeil (p. ex., augmentation de la latence d'endormissement, augmentation des éveils intermittents et diminution de l'efficacité du sommeil), une augmentation du stade 1, une diminution des stades 3 et 4. D'autres examens de laboratoire peuvent montrer une augmentation du tonus musculaire et une augmentation de l'activité alpha et bêta mesurées pendant le sommeil par l'analyse EEG quantitative. Ces caractéristiques doivent être interprétées en fonction de normes appropriées à l'âge du sujet. Les mesures polysomnographiques montrent souvent une variabilité considérable de nuit à nuit. Les individus présentant une insomnie primaire peuvent également montrer d'importantes discordances entre leurs plaintes subjectives et la mesure polysomnographique de leur quantité de sommeil, en général, dans le sens d'une sous-estimation de la quantité de sommeil. Certains individus peuvent rapporter avoir un meilleur sommeil au laboratoire qu'à la maison, *ce* qui *suggère la* participation de facteurs de conditionnement dans leurs plaintes de sommeil. Des mesures du laboratoire du sommeil montrent que des individus présentant de l'insomnie primaire ne présentent typiquement pas d'augmentation de la propension au sommeil la journée comparativement aux individus présentant tout autre trouble du sommeil. D'autres tests psychophysiologiques peuvent aussi montrer une hypervigilance (p. ex., une augmentation de la tension musculaire, une réactivité physiologique excessive au stress ou une augmentation du métabolisme de base).

Les individus présentant une Insomnie primaire peuvent aussi avoir des scores élevés aux questionnaires d'autoévaluation ou aux inventaires de personnalité (p. ex., profils na muant une légère dépression et une anxiété chromique, mode « intériorisé de résolution de conflits, et focalisation sur des problèmes somatiques). Les individus présentant de l'Insomnie primaire ne montrent pas d'altération caractéristique des performances aux tests neuropsychologiques.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant une Insomnie primaire peuvent apparaître fatigués ou hagards, mais il n'y a pas d'autres anomalies caractéristiques a l'examen physique. Une incidence élevée de problèmes psychophysiologiques liés au stress peut être retrouvée (p. ex., céphalée de tension, augmentation du tonus musculaire, problèmes gastriques).

Caractéristiques liées au sexe et à l'âge

Des données épidémiologiques montrent que les plaintes d'insomnie sont plus fréquentes avec l'âge et chez les femmes. L'augmentation de la prévalence des plaintes d'insomnie avec l'âge peut être partiellement attribuée à l'augmentation de la fréquence des problèmes de santé physique. Les jeunes adultes se plaignent plus fréquemment de difficultés d'endormissement alors que les sujets plus âgés sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés de maintien du sommeil ou un réveil matinal précoce. Malgré la plus grande prévalence de l'insomnie chez les femmes âgées, les études polysomnographiques indiquent paradoxalement une meilleure préservation de la continuité du sommeil et du sommeil à ondes lentes chez la femme âgée que chez l'homme âgé. L'origine de ce désaccord entre l'impression subjective et les données de laboratoire reste inconnue. Bien que les études polysomnographiques n'aient qu'une valeur limitée dans

l'évaluation de routine de l'insomnie, ces examens peuvent se montrer plus utiles chez l'individu âgé que chez l'individu jeune dans le diagnostic différentiel de l'insomnie. En effet, les individus âgés ont plus fréquemment des étiologies identifiables a leurs plaintes de sommeil, comme des mouvements périodiques des membres ou des apnées du sommeil.

Prévalence

Il existe peu de données en ce qui concerne la prévalence de l'insomnie primaire dans la population générale. Des études indiquent pour les plaintes d'insomnie une prévalence à 1 an de 30 à 45 % chez l'adulte. La prévalence de l'Insomnie primaire est d'environ 1 à 10 dans la population générale adulte et peut atteindre 25 % chez les personnes âgées. Environ 15 à 25 % des individus présentant une insomnie chronique vus dans un centre spécialisé dans les troubles du sommeil sont considérés comme ayant un diagnostic d'Insomnie primaire.

Évolution

Les facteurs provoquant l'Insomnie primaire peuvent différer de ceux qui la perpétuent. Dans la plupart des cas, on retrouve un début soudain dans un contexte de stress psychologique, social ou médical. Souvent, l'Insomnie primaire persiste longtemps après que les facteurs originellement responsables aient disparu, en raison du développement d'une augmentation de l'éveil et d'un conditionnement négatif. Par exemple, une personne présentant une lésion douloureuse nécessitant un alitement prolongé et ayant des difficultés de sommeil peut développer des associations négatives autour du sommeil. Les associations négatives, l'augmentation de l'éveil et les réveils conditionnés peuvent persister après la période de convalescence provoquant l'Insomnie primaire. Un scénario similaire peut se développer dans l'insomnie survenant clans un contexte de stress psychologique aigu ou de trouble mental. Par exemple, l'insomnie survenant durant un épisode de Trouble dépressif majeur peut devenir un sujet de focalisation avec conditionnement négatif consécutif, et l'insomnie peut persister longtemps après la résolution de l'épisode dépressif. Dans certains cas, une Insomnie primaire peut se développer graduellement, sans facteur de stress clairement identifiable.

L'insomnie primaire débute typiquement chez le jeune adulte ou à un âge moyen ; elle est rare dans l'enfance ou l'adolescence. Il est exceptionnel qu'elle soit déjà présente dans l'enfance. L'évolution d'une Insomnie primaire est variable. Elle peut être limitée à une période de quelques mois, surtout si elle est provoquée par des stress psychosociaux ou médicaux qui se résolvent secondairement. Toutefois, environ 50 à 75 % des individus présentant des plaintes de sommeil ont une symptomatologie chronique évoluant depuis plus d'un an. Le seul facteur de risque important de l'insomnie est un antécédent d'insomnie. Chez certains individus, l'évolution est périodique, avec des périodes de meilleur ou de moins bon sommeil survenant en réponse à des événements de vie comme les vacances ou le stress.

Aspects familiaux

Il existe une prédisposition familiale au sommeil léger et fractionné. De rares données provenant d'études de jumeaux ont montré des résultats variables en ce qui concerne l'importance des facteurs génétiques dans l'Insomnie primaire.

Diagnostic différentiel

La durée « normale » du sommeil varie considérablement au sein de la population générale. Certains individus qui n'ont besoin que (le peu de sommeil (« petits dormeurs ») peuvent se préoccuper de leur durée de sommeil. Les **courts dormeurs** se distinguent des individus présentant une Insomnie primaire par l'absence de difficultés d'endormissement et de symptômes caractéristiques d'une Insomnie primaire (p. ex., éveils intermittents, fatigue, problèmes de concentration ou irritabilité). Toutefois, certains courts dormeurs n'ont pas été informés de leur faible besoin biologique de sommeil, et leurs tentatives pour prolonger le temps au lit sont à l'origine d'habitudes générant de l'insomnie.

La somnolence diurne, caractéristique de l'**Hypersomnie primaire,** peut également survenir dans l'Insomnie primaire niais rarement et sous une forme moins sévère. Lorsqu'on estime que la somnolence diurne est liée à l'insomnie, on ne fait pas un diagnostic supplémentaire d'Hypersomnie primaire.

Les **Troubles du sommeil lié au rythme circadien,** type « jet-lag » et type « travail posté » se distinguent d'une Insomnie primaire par la notion de voyage transméridien récent ou de travail posté. Dans le Trouble du sommeil lié aux rythmes circadiens, type avec retard de phase, l'individu rapporte une insomnie d'endormissement uniquement lorsqu'il tente de s'endormir à une heure socialement acceptable et ne rencontre aucune difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil lorsqu'il choisit lui-même ses heures de sommeil.

La **Narcolepsie** peut entraîner des plaintes d'insomnie, particulièrement chez les sujets âgés. Cependant, une plainte majeure d'insomnie est rarement présente dans la narcolepsie qui se distingue d'une Insomnie primaire par des symptômes de somnolence diurne prononcée, de cataplexie, de paralysie du sommeil et d'hallucinations liées au sommeil.

Un **Trouble du sommeil lié à la respiration,** et particulièrement les apnées centrales du sommeil, peut entraîner une plainte d'insomnie chronique et d'altération (lu fonctionnement diurne. Toutefois, un syndrome d'apnées cliniquement significatif est une découverte peu fréquente chez des individus jeunes ou d'âge moyen présentant de l'insomnie chronique et par ailleurs en bonne santé (bien que ceci soit plus fréquent chez les individus âgés). Une anamnèse fouillée peut révéler l'existence de pauses respiratoires pendant le sommeil et d'une respiration en crescendo-decrescendo (respiration de Cheyne-Stokes). Des antécédents de lésion ou de maladie du système nerveux central peuvent également suggérer un Trouble du sommeil lié à la respiration. La polysomnographie confirmera la présence d'événements apnéiques. La plupart des individus ayant un Trouble du sommeil lié à la respiration présentent des apnées obstructives qui peuvent être distinguées d'une Insomnie primaire par la notion de ronflement bruyant, de pauses respiratoires pendant le sommeil et de somnolence diurne excessive.

Les **Parasomnies** sont caractérisées par (les plaintes de comportements ou phénomènes anormaux durant le sommeil pouvant parfois provoquer des réveils intercurrents. Toutefois, ce sont ces phénomènes comportementaux qui dominent le tableau clinique des parasomnies plutôt que l'insomnie.

L'Insomnie primaire doit être distinguée des **troubles mentaux comprenant l'insomnie comme caractéristique essentielle ou associée** (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble anxieux généralisé, Schizophrénie). On ne fait pas le diagnostic d'Insomnie primaire si l'insomnie survient exclusivement au cours de

l'évolution d'un autre trouble mental. Un examen psychiatrique minutieux, afin d'exclure la présence d'autres troubles mentaux, est indispensable avant de considérer le diagnostic d'Insomnie primaire. Un diagnostic d'Insomnie primaire peut être posé en présence d'un autre trouble mental actuel ou passé si le trouble mental n'est pas considéré comme responsable de l'insomnie ou si l'insomnie et le trouble mental ont une évolution indépendante. Inversement, lorsque l'insomnie survient en tant que manifestation d'un autre trouble mental et exclusivement au cours de l'évolution de celui-ci (p. ex., un trouble de l'humeur, anxieux, somatoforme ou psychotique) le diagnostic **d'Insomnie liée à un autre trouble mental** peut être plus approprié. Ce diagnostic doit être considéré seulement si l'insomnie est la plainte principale et est suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique ; dans le cas contraire, un diagnostic distinct n'est pas nécessaire. Des caractéristiques cliniques comme un conditionnement négatif et une mauvaise hygiène de sommeil sont plus souvent rencontrées clans l'Insomnie primaire, alors que des symptômes cliniquement significatifs non liés au sommeil (p. ex., humeur dépressive, anxiété) et une évolution chronique et sévère de l'insomnie sont plus souvent rencontrés chez des individus présentant une Insomnie liée à un autre trouble mental.

L'Insomnie primaire doit être différenciée du **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type insomnie** Le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale doit être posé lorsqu'on estime que l'insomnie est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (p. ex., phéochromocytome, hyperthyroïdie, insuffisance cardiaque congestive, bronchopathie obstructive chronique) (voir p. 752). Cette décision repose sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. **Le Trouble du sommeil induit par une substance, type insomnie** se distingue d'une Insomnie primaire par le fait qu'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) est jugée étiologiquement liée à l'insomnie (voir p. 757). Par exemple, l'insomnie survenant uniquement clans un contexte de consommation élevée de café sera diagnostiquée Trouble du sommeil induit par la caféine, type insomnie, avec début pendant l'intoxication.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont quasi identiques en ce qui concerne l'Insomnie primaire à l'exception de la fréquence des symptômes, qui, dans la CIM-10, doit être d'au moins trois fois au cours d'une semaine, ceci pendant au moins un mois.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

L'Insomnie primaire recouvre certains diagnostics d'insomnie de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) comme l'Insomnie psychophysiologique, la Mauvaise perception du sommeil, l'Insomnie idiopathique et certains cas de Mauvaise hygiène de sommeil. Le diagnostic d'insomnie psychophysiologique est celui qui se rapproche le plus de celui d'Insomnie primaire, particulièrement en terme de vigilance et de facteurs de conditionnement. La Mauvaise perception du sommeil se caractérise par

des plaintes subjectives d'insomnie en complete discordance avec les estimations objectives du sommeil. L'Insomnie idiopathique comprend les cas d'insomnie ayant débuté dans l'enfance et persistant toute la vie durant, vraisemblablement en raison d'une anomalie neurologique du système de contrôle veille-sommeil. La Mauvaise hygiène de sommeil comprend l'insomnie résultant de comportements tendant à augmenter la vigilance ou à favoriser une désorganisation du sommeil (p. ex., travailler tard la nuit, faire de très longues siestes la journée, dormir à des heures irrégulières).

Critères diagnostiques d'une F51.0 [307.42] Insomnie primaire

A La plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, ceci pendant au moins un mois.

B. La perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation du sommeil ne survient pas exclusivement au cours d'une Narcolepsie, d'un Trouble du sommeil lié à la respiration, d'un Trouble du sommeil lié au rythme circadien ou d'une Parasomnie.

I). La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble mental (p. ex., un Trouble dépressif majeur, une Anxiété généralisée, un Delirium).

E. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F51.1 [307.441 Hypersomnie primaire

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'Hypersomnie primaire est une somnolence excessive d'une durée d'au moins un mois, comme en témoignent des épisodes de sommeil prolongé ou des épisodes de sommeil diurne survenant presque tous les jours (Critère A). La somnolence excessive est suffisamment sévère pour être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). La somnolence excessive ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (Critère C) ou d'un trouble mental

(Critère D) et n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère E).

Chez les individus présentant une Hypersomnie primaire, la durée de la période principale de sommeil (le sommeil nocturne pour la plupart des individus) se situe entre 8 et 12 heures et est souvent suivie par des difficultés à se réveiller le matin. La qualité du sommeil est normale. La somnolence excessive durant les heures habituelles de veille se manifeste sous forme de siestes volontaires ou d'épisodes involontaires de sommeil. L'évaluation objective démontre une somnolence physiologique excessive. Les siestes pendant la journée sont généralement longues (souvent d'une durée d'une heure ou plus) et sont décrites comme non récupératrices, n'apportant souvent aucune amélioration de la vigilance. Les individus sentent typiquement la somnolence survenir progressivement, plutôt que soudainement comme clans une « attaque » de sommeil. Le sommeil involontaire survient typiquement dans des situations où les niveaux de stimulation et d'activité sont peu élevés (p. ex., en assistant à des conférences, en lisant, en regardant la télévision, en conduisant sur de longues distances).

L'hypersomnie peut provoquer une détresse significative et un dysfonctionnement clans les relations sociales et professionnelles. Le sommeil nocturne prolongé et les difficultés à se réveiller le matin peuvent conduire à des difficultés à remplir ses obligations matinales. Les épisodes de sommeil involontaires pendant la journée peuvent s'avérer embarrassants et même dangereux si, par exemple, ils surviennent alors que l'individu conduit ou travaille sur machines. Le faible niveau de vigilance qui se manifeste lorsque l'individu lutte contre la somnolence peut être responsable d'un manque d'efficacité, d'une mauvaise concentration et d'une mémoire déficiente pour remplir les tâches journalières. La somnolence, souvent attribuée à tort à de l'ennui ou de la paresse, peut aussi provoquer une rupture des relations sociales et familiales.

Spécification

Récurrent. Cette spécification est utilisée lorsqu'il existe des périodes de somnolence excessive d'une durée d'au moins trois jours, survenant plusieurs fois par an, ceci pendant au moins 2 ans.

La plupart des individus présentant une Hypersomnie primaire ont des symptômes conséquents et persistants. A l'opposé, on doit faire le diagnostic de forme récurrente si les symptômes surviennent périodiquement pendant plusieurs jours à plusieurs semaines et si ces épisodes symptomatiques se répètent plusieurs fois par an. Entre les épisodes de somnolence excessive, la durée de sommeil et la vigilance diurne sont normales. Dans la forme récurrente de l'Hypersomnie primaire, aussi appelée syndrome de Kleine-Levin, les individus peuvent rester endormis ou au lit pendant 18 à 20 heures consécutivement. Les épisodes récurrents de somnolence sont associés à d'autres particularités cliniques reflétant une désinhibition. Une sexualité débridée comportant des avances sexuelles inappropriées et une activité masturbatoire manifeste peut être observée chez l'homme (et moins souvent chez la femme). Une hyperphagie compulsive entraînant un rapide gain pondéral peut survenir. De l'irritabilité, de la dépersonnalisation, de la dépression, de la confusion et des hallucinations occasionnelles ont été décrites chez certains individus de même que des comportements impulsifs. D'autres formes récurrentes d'hypersomnie peuvent se présenter sans ces caractéristiques. Par exemple, certaines femmes rapportent des périodes d'hypersomnie survenant régulièrement à certains moments précis de leurs cycles menstruels.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Dans l'Hypersomnie primaire, le sommeil tend à être continu mais non réparateur. Les individus présentant ce trouble s'endorment facilement et montrent une bonne efficacité du sommeil, mais ils peuvent avoir des difficultés à se réveiller le matin, apparaissant parfois confus, querelleurs ou ataxiques. Cette altération de la vigilance au moment de la transition veille-sommeil est souvent appelée « ivresse du sommeil ».

La somnolence diurne persistante peut provoquer des comportements automatiques (généralement de type peu élaboré, routinier) que les individus ne se remémorent que peu ou pas. Par exemple, ils peuvent s'imaginer avoir conduit pendant de nombreux kilomètres depuis l'endroit où ils pensaient être, ignorant avoir conduit de façon « automatique » pendant seulement quelques minutes.

Bien que nous ne disposions pas de données précises concernant la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, de nombreux sujets présentant une Hypersomnie primaire montrent des symptômes dépressifs qui peuvent remplir les critères de Trouble dépressif majeur. Ceci pourrait être lié aux conséquences psychosociales d'une somnolence excessive. Les individus présentant de l'hypersomnie risquent de développer un Trouble lié à une substance, particulièrement suite à une autoprescription de stimulants.

Examens complémentaires. Dans l'Hypersomnie primaire, la polysomnographie nocturne montre un sommeil normal ou prolongé, une courte latence d'endormissement, une continuité du sommeil normale ou accrue et une distribution normale du sommeil paradoxal et du sommeil non-paradoxal. Certains individus présentant *ce* trouble peuvent montrer une augmentation de la quantité du sommeil à oncles lentes. Une augmentation de la densité des fuseaux pendant le stade II peut être observée. On ne retrouve pas d'endormissement en sommeil paradoxal (la survenue du sommeil paradoxal dans les 20 minutes qui suivent l'endormissement), de perturbations du sommeil lié à la respiration ni de nombreux mouvements des membres interrompant le sommeil. Lors du Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE) la somnolence physiologique diurne excessive se révèle par des latences moyennes d'endormissement se situant typiquement entre 5 et 10 minutes. Le sommeil paradoxal ne survient pas pendant les épisodes de sommeil diurne. La polysomnographie nocturne et le TILE ne révèlent pas d'anomalies caractéristiques d'autres causes d'hypersomnie.

Dans l'Hypersomnie primaire, forme Récurrente de Kleine-Levin, l'EEG de routine réalisé pendant les périodes d'hypersomnie montre un ralentissement général du rythme de fond et des bouffées paroxystiques d'activité thêta. La polysomnographie nocturne montre une augmentation du temps total de sommeil et un raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal. Le TILE confirme l'augmentation de la somnolence physiologique excessive par des latences d'endormissement de moins de 10 minutes en général. Des épisodes d'endormissement en sommeil paradoxal peuvent survenir pendant les épisodes symptomatiques.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant une Hypersomnie primaire apparaissent souvent comme endormis et peuvent même s'endormir dans la salle (l'attente du clinicien. Une histoire familiale d'hypersomnie est retrouvée dans un sous-groupe d'individus présentant à la fois une Hypersomnie primaire et des symptômes évoquant un dysfonctionnement du système

nerveux autonome comme des céphalées récurrentes de type vasculaire, une hyperréactivité du système vasculaire périphérique (phénomène de Raynaud) et des syncopes. Les individus présentant la forme récurrente de Kleine-Levin peuvent avoir des anomalies non spécifiques à l'examen neurologique comme une diminution des réflexes tendineux, une dysarthrie et un nystagmus.

Caractéristiques liées au sexe et à l'âge

L'hyperactivité peut être une des manifestations de somnolence diurne excessive chez l'enfant. Les siestes volontaires sont plus fréquentes avec l'âge, mais ce phénomène est distinct de l'Hypersomnie primaire. Le syndrome de Kleine-Levin est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

La prévalence réelle de l'Hypersomnie primaire dans la population générale est inconnue. Environ 5 à 10 % des individus se plaignant de somnolence excessive vus dans un centre spécialisé dans les troubles du sommeil sont diagnostiqués comme ayant une Hypersomnie primaire. La forme récurrente de l'Hypersomnie primaire, aussi appelée syndrome de Kleine-Levin, est rare. Des études dans la population générale montrent que 0,5 à 5 % des adultes interrogés se plaignent de somnolence diurne, indépendamment d'une cause spécifique ou d'un diagnostic. Si l'on ne tient pas compte des étiologies communes de l'hypersomnie, la prévalence vie entière d'une hypersomnie cliniquement significative est d'au moins 5,5 % *et* l'incidence sur un intervalle approximatif de 4 ans, d'environ 8 %.

Évolution

L'Hypersomnie primaire débute typiquement entre 15 et 30 ans et se développe graduellement en quelques semaines à quelques mois. Pour la plupart des individus, l'évolution est alors chronique et stable à moins qu'un traitement soit initié. La survenue d'autres troubles du sommeil (p. ex., trouble du sommeil lié à la respiration) peut aggraver la somnolence. Le syndrome de Kleine-Levin débute aussi dans l'adolescence et peut évoluer de façon périodique pendant des dizaines (l'années, bien qu'il disparaisse souvent à l'âge moyen de la vie.

Aspects familiaux

Le sous-groupe d'individus présentant des symptômes de dysfonctionnement du système nerveux autonome sont plus susceptibles d'avoir des membres de leur famille souffrant également d'Hypersomnie primaire. On ne retrouve pas (l'agrégation familiale dans le syndrome de Kleine-Levin.

Diagnostic différentiel

La durée du sommeil « normal » varie considérablement au sein de la population générale. Les « **longs dormeurs** » les individus nécessitant plus de sommeil que la moyenne générale) ne présentent pas de somnolence diurne excessive, (l'ivresse du sommeil ou de comportements automatiques lorsqu'ils parviennent à dormir leur quan-

tité de sommeil requise. Si des sollicitations sociales ou professionnelles provoquent un raccourcissement du sommeil nocturne, des symptômes peuvent survenir durant la journée. Au contraire, dans l'Hypersomnie primaire, la somnolence excessive survient indépendamment de la durée du sommeil nocturne.

Une **quantité insuffisante de sommeil nocturne** peut provoquer des symptômes de somnolence diurne très semblable à ceux de l'Hypersomnie primaire. Une durée moyenne de sommeil de moins de 7 heures par nuit fait fortement suggérer un sommeil nocturne insuffisant et une moyenne de sommeil de plus de 9 heures par période de 24 heures fait suggérer l'existence d'une Hypersomnie primaire. Les individus présentant une quantité insuffisante de sommeil nocturne typiquement « rattrapent » leurs heures de sommeil par un sommeil prolongé les jours sans sollicitations sociales ou professionnelles ou pendant les vacances. Contrairement à l'Hypersomnie primaire, il est improbable qu'un sommeil nocturne insuffisant demeure inchangé pendant des dizaines d'années. On ne fait pas le diagnostic d'Hypersomnie primaire quand on suspecte une durée de sommeil nocturne inadéquate. Une épreuve à la fois diagnostique et thérapeutique consiste à demander à l'individu de prolonger son sommeil, ceci pendant 10 à 14 jours, ce qui permet souvent de clarifier le diagnostic.

La somnolence diurne, caractéristique de l'Hypersomnie primaire, peut aussi se rencontrer dans **l'Insomnie primaire,** mais la somnolence y est moins sévère. Lorsqu'on estime que la somnolence diurne est liée à l'insomnie, on ne porte pas un diagnostic supplémentaire d'Hypersomnie primaire.

L'Hypersomnie primaire et la **Narcolepsie** se ressemblent quant à la sévérité de la somnolence diurne, l'âge de survenue et la stabilité de l'évolution de la maladie ; mais elles peuvent se différencier sur la base de particularités cliniques et de laboratoire. Les individus présentant une Hypersomnie primaire ont typiquement un sommeil nocturne plus long et moins fractionné, de plus grandes difficultés à s'éveiller, une somnolence diurne plus persistante (à l'inverse des « attaques de sommeil » discontinues de la narcolepsie), de plus longs épisodes de sommeil diurne qui sont aussi moins réparateurs et s'accompagnent de peu ou pas (l'activité onirique. A l'inverse, les individus présentant une Narcolepsie présentent une cataplexie et des irruptions répétées d'éléments de sommeil paradoxal lors des transitions veille-sommeil (p. ex., des hallucinations liées au sommeil et des paralysies du sommeil). Le TILE montre typiquement chez les individus présentant une Narcolepsie un raccourcissement de la latence d'endormissement (c.-à-d. une importante somnolence physiologique) ainsi que de nombreux endormissements en sommeil paradoxal.

La somnolence diurne peut se présenter sur le même mode dans l'Hypersomnie primaire et le **Trouble du sommeil lié à la respiration.** La notion d'un ronflement bruyant, de pauses respiratoires pendant le sommeil, de lésion cérébrale ou de maladie cardio-vasculaire à l'anamnèse, ainsi que la présence à l'examen physique d'obésité, d'anomalies anatomiques de l'oropharynx, d'hypertension artérielle ou rie défaillance cardiaque fait suggérer un Trouble du sommeil lié à la respiration. La polysomnographie peut confirmer la présence d'événements apnéiques dans le Trouble du sommeil lié à la respiration (et l'infirmer dans l'Hypersomnie primaire).

Le **Trouble du sommeil lié au rythme circadien** est souvent caractérisé par de la somnolence diurne. L'histoire de la maladie révèle une anomalie des horaires veille-sommeil (horaire déplacé ou irrégulier) dans le Trouble du sommeil lié au rythme circadien. Les **Parasomnies** sont rarement associées à de la somnolence diurne ou à un sommeil nocturne continu et prolongé, caractéristiques de l'Hypersomnie primaire.

L'Hypersomnie primaire doit être distinguée des **troubles mentaux comprenant une hypersomnie comme caractéristique essentielle ou associée.** Des plaintes d'hypersomnie peuvent en particulier survenir dans le **Trouble dépressif majeur avec caractéristiques atypiques** et la phase dépressive du **Trouble bipolaire.** On ne porte pas le diagnostic d'Hypersomnie primaire si l'hypersomnie survient exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental. Un examen psychiatrique minutieux, excluant la présence d'autres troubles mentaux, est indispensable avant d'envisager le diagnostic d'Hypersomnie primaire. Un diagnostic d'Hypersomnie primaire peut être posé en présence d'un autre trouble mental actuel ou passé si l'on estime que le trouble mental n'est pas responsable de l'hypersomnie ou si l'hypersomnie et le trouble mental ont une évolution indépendante (p. ex., chez un individu présentant une Hypersomnie primaire qui se développerait après un Trouble dépressif majeur). Inversement, lorsque une hypersomnie survient en tant que manifestation d'un autre trouble mental et exclusivement au cours de l'évolution de celui-ci, le diagnostic d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental peut être plus approprié. Ce diagnostic ne doit être envisagé que si l'hypersomnie est la plainte principale et si elle est suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique ; dans le cas contraire, un diagnostic distinct n'est pas nécessaire. En général, en laboratoire l'évaluation objective de la somnolence diurne chez les individus présentant une Hypersomnie liée à un trouble mental montre souvent une somnolence physiologique normale ou légèrement augmentée en comparaison avec les niveaux de somnolence rencontrés dans l'Hypersomnie primaire.

L'Hypersomnie primaire doit être distinguée du **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type hypersomnie** Le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale doit être posé lorsque l'hypersomnie est jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (p. ex., obésité morbide, tumeur cérébrale) (voir p. 752). Cette décision repose sur l'histoire de la maladie, les examens complémentaires ou l'examen physique. **Le Trouble du sommeil induit par une substance, type hypersomnie** se distingue de l'Hypersomnie primaire par le fait qu'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) est jugée étiologiquement liée à l'hypersomnie (voir p. 757). Par exemple, l'hypersomnie survenant uniquement dans un contexte de sevrage à la cocaïne sera diagnostiquée Trouble du sommeil induit par la cocaïne, type hypersomnie, avec début pendant le sevrage.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont quasi identiques en ce qui concerne l'Hypersomnie primaire à l'exception de l'ivresse du sommeil, qui, dans la CIM-10, est considérée comme un des symptômes faisant partie du tableau clinique. De plus, la CIM-10 exige que le problème survienne presque tous les jours pendant au moins un mois (ou pendant des périodes récurrentes de plus courte durée).

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Le diagnostic d'Hypersomnie primaire est analogue à celui de l'Hypersomnie idiopathique de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS). De plus, la CITS prévoit une catégorie distincte pour l'Hypersomnie récurrente qui est analogue au diagnostic d'Hypersomnie primaire, forme récurrente.

Critères diagnostiques de F51.1 [307.441 L'Hypersomnie primaire

A. La plainte essentielle est une somnolence excessive, d'une durée d'au moins un mois (ou moins en cas d'hypersomnie primaire récurrente), comme en témoignent des épisodes de sommeil prolongé ou des épisodes de sommeil diurne survenant presque tous les jours.

B. La somnolence excessive est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants.

C. La somnolence excessive n'est pas mieux expliquée par une insomnie, ne survient pas exclusivement au cours d'un autre Trouble du sommeil (p. ex., une Narcolepsie, un Trouble du sommeil lié à la respiration, un Trouble du sommeil lié au rythme circadien ou une Parasomnie) et ne peut pas non plus être expliquée par une quantité insuffisante de sommeil.

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble mental.

E. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier

Récurrent s'il existe des périodes de somnolence excessive d'une durée (Tau moins trois jours, survenant plusieurs fois par an, pendant au moins 2 ans.

G47.4 [347] Narcolepsie

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de la narcolepsie sont : des attaques irrésistibles d'un sommeil réparateur, une cataplexie et des irruptions répétées d'éléments du

sommeil paradoxal lors des transitions veille-sommeil. La somnolence diminue typiquement après une attaque de sommeil, pour réapparaître rapidement quelques heures plus tard. Pour poser ce diagnostic, les attaques de sommeil doivent survenir quotidiennement pendant au moins trois mois (Critère A) mais la plupart des individus présentant une Narcolepsie ont plusieurs années d'attaques de sommeil derrière eux avant la première consultation. En plus de la somnolence, les individus narcoleptiques présentent au moins l'un des deux symptômes suivants : une cataplexie (épisodes de perte soudaine bilatérale et réversible du tonus musculaire, d'une durée de quelques secondes à quelques minutes et le plus souvent en rapport avec une émotion intense) (Critère Bi) ou l'intrusion récurrente d'éléments du sommeil paradoxal lors des transitions veille-sommeil se manifestant par des paralysies de la musculature volontaire ou des hallucinations oniriques (Critère B2). La plupart des experts dans le domaine du sommeil acceptent le diagnostic de narcolepsie en l'absence de cataplexie ou d'intrusion de phénomènes liés au sommeil paradoxal si l'on objective la somnolence pathologique et deux (ou plus) endormissements en sommeil paradoxal pendant un Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE). Les symptômes ne sont pas liés aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère C). Bien que classée dans le chapitre de la CIM consacré aux affections neurologiques, la Narcolepsie est incluse dans cette section pour faciliter le diagnostic différentiel de la somnolence excessive et elle doit être enregistrée sur l'Axe I.

Les épisodes de somnolence de la Narcolepsie sont souvent décrits comme irrésistibles, caractérisés par la survenue inopinée du sommeil dans des situations inopportunes (p. ex., en conduisant un véhicule, en assistant à une réunion, lors d'une conversation). La somnolence excessive est typiquement exacerbée dans des situations où les niveaux de stimulation et d'activité sont peu élevés (p. ex., s'endormir en lisant, en regardant la télévision ou en assistant à des conférences). Les épisodes de sommeil s'étendent généralement sur 10 à 20 minutes mais peuvent durer jusqu'à une heure sans interruption. Des rêves sont souvent rapportés. Les individus résistent de façon variable à ces attaques de sommeil. Certains font des siestes volontaires intentionnellement pour contrôler leur somnolence. Les individus narcoleptiques non traités présentent typiquement 2 à 6 épisodes de sommeil (volontaires ou involontaires) durant la journée. Les épisodes de sommeil s'accompagnent habituellement d'un degré de vigilance plus ou moins normal, bien que certains individus décrivent la présence constante d'un certain degré de somnolence.

La cataplexie apparaît souvent des années après la survenue de la somnolence diurne et survient chez environ 70 % des individus présentant une Narcolepsie. La perte du tonus musculaire peut être ténue et imperceptible pour l'entourage se manifestant par un relâchement de la mâchoire, une chute des paupières, de la tête ou des bras. La cataplexie peut aussi être plus spectaculaire et l'individu peut laisser tomber des objets qu'il porte, fléchir les jambes ou même s'effondrer à terre. La respiration et les muscles oculomoteurs ne sont pas atteints. La faiblesse musculaire dure habituellement quelques secondes bien que des périodes allant jusqu'à une demi-heure aient été décrites. L'épisode est suivi d'une récupération complète de la force musculaire habituelle. L'état de conscience et la vigilance sont entièrement préservés pendant l'épisode cataplectique. Les individus présentant une Narcolepsie peuvent clairement décrire l'événement et n'ont aucune confusion mentale avant ou après l'épisode. Un épisode de cataplexie prolongée se prolonge rarement par un épisode de sommeil. La cataplexie est habituellement déclenchée par une émotion forte (p. ex., une colère, une surprise,

le rire). La privation de sommeil augmente typiquement la durée et la fréquence des épisodes cataplectiques.

Environ 20 à 40 % des individus présentant une Narcolepsie éprouvent d'intenses perceptions oniriques juste avant l'endormissement (hallucinations hypnagogiques) ou juste après le réveil (hallucinations hypnopompiques). La plupart des hallucinations liées au sommeil sont visuelles et incorporent des éléments de l'environnement direct du sujet. Par exemple, les sujets peuvent décrire des objets apparaissant à travers les fissures ou se déplaçant dans un tableau du mur de leur chambre. Les hallucinations peuvent aussi être auditives (p. ex., entendre un intrus dans la maison) ou kinesthésiques (p. ex., la sensation de voler). Bien que les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques constituent des symptômes importants de la narcolepsie, ces symptômes sont également présents dans environ 10 à 15 % de la population générale. Environ 30 à 50 % des individus présentant une Narcolepsie ont également des paralysies du sommeil juste à l'endormissement ou au réveil. Dans cet état, l'individu se décrit éveillé mais incapable de se mouvoir ou de parler. Il peut aussi se plaindre de ne pouvoir respirer, bien que le diaphragme soit épargné permettant ainsi la respiration. Notons toutefois que 40 à 50 % des personnes ayant un sommeil normal ont présenté au moins une fois dans leur vie un épisode isolé de paralysie du sommeil. Les hallucinations liées au sommeil et les paralysies du sommeil peuvent survenir conjointement, entraînant des expériences souvent terrifiantes où l'individu entend ou voit des choses inhabituelles et est incapable de se mouvoir. Les hallucinations liées au sommeil et les paralysies du sommeil ne durent que quelques secondes à quelques minutes et disparaissent spontanément. Les deux phénomènes (imagerie mentale expressive et atonie des muscles striés) sont attribués à une dissociation des éléments du sommeil paradoxal faisant irruption dans l'état de veille.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Certains individus présentant une Narcolepsie éprouvent une somnolence diurne généralisée entre des attaques de sommeil. Ils peuvent se décrire comme étant capables de dormir n'importe quand et dans n'importe quelle situation. Un comportement automatique, activité dans laquelle l'individu présentant une Narcolepsie s'engage sans en être pleinement conscient, peut résulter d'une somnolence profonde. Les individus peuvent conduire, converser et même travailler durant les épisodes de comportement automatique. Des rêves fréquents et intenses peuvent survenir pendant le sommeil nocturne. Les individus présentant une Narcolepsie perçoivent souvent leur sommeil nocturne comme étant fragmenté par des éveils spontanés ou par des mouvements périodiques des membres. Plus rarement, les individus peuvent se présenter avec une plainte d'insomnie plutôt que d'hypersomnie.

Les individus présentant une Narcolepsie peuvent se montrer hésitants à s'engager clans des activités sociales par crainte de s'endormir ou de présenter un épisode cataplectique. Ils peuvent aussi s'efforcer de prévenir les attaques de cataplexie en exerçant un contrôle sur leurs émotions, ce qui peut entraîner un manque d'expressivité interférant avec les relations sociales. La narcolepsie peut fortement limiter le fonctionnement diurne en raison des attaques de sommeil répétées et incontrôlables, du comportement automatique et des épisodes cataplectiques. Les individus présentant une Narcolepsie présentent un risque accru de s'infliger ou d'infliger à autrui des dom-

mages corporels accidentels en raison de leur tendance à s'endormir clans des situations dangereuses (p. ex., en conduisant un véhicule ou en travaillant sur machines).

Un trouble mental concomitant Ou des antécédents d'un autre trouble mental peuvent être retrouvés chez approximativement 40 % des individus présentant une Narcolepsie. Les troubles les plus fréquemment associés sont les Troubles de l'humeur (surtout le Trouble dépressif majeur et la Dysthymie) suivis des Troubles liés à l'utilisation d'une substance et de l'Anxiété généralisée. Des antécédents de Parasomnies comme le Somnambulisme, le bruxisme (serrements de la mâchoire et grincements des dents), un trouble du comportement liés au sommeil paradoxal et l'Énurésie semblent plus fréquents dans la Narcolepsie.

Examens complémentaires. Le Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE) révèle une latence d'endormissement moyenne de moins de 5 minutes et la présence de sommeil paradoxal lors d'au moins deux des cinq siestes enregistrées pendant le TILE. Ces critères de TILE permettent (l'identifier environ deux tiers des individus présentant une narcolepsie. La polysomnographie nocturne montre fréquemment des latences (l'endormissement de moins de 10 minutes et des endormissements en sommeil paradoxal. D'autres caractéristiques polysomnographiques peuvent être mises en évidence comme de nombreux éveils transitoires, une diminution de l'efficacité du sommeil, une augmentation du stade 1, une augmentation du sommeil paradoxal et une augmentation (le la fréquence des mouvements oculaires durant les périodes de sommeil paradoxal (densité du sommeil paradoxal). Des mouvements périodiques des membres et des épisocles d'apnées du sommeil sont souvent décelés mais, pour ces dernières, moins fréquemment que dans le Trouble du sommeil lié à la respiration. Les individus présentant une narcolepsie peuvent montrer des différences (l'amplitude ou de périodicité du fonctionnement circadien évalué par la température corporelle centrale et l'activité motrice.

Le typage des antigènes leucocytaires (typage HLA) des individus narcoleptiques montre souvent la présence de HIA DBQ1*0602. Ce marqueur est présent chez presque tous les individus présentant de la narcolepsie et *de* la cataplexie et est indépendant (le l'appartenance raciale. Toutefois, l'antigène HIA DQB1*0602 est présent chez seulement 40 96 des individus présentant de la narcolepsie sans cataplexie et chez environ 20 à 25 % de la population générale. D'autres marqueurs HLA ont une sensitivité et une spécificité variable en fonction des différentes appartenances raciales[1].

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant une Narcolepsie apparaissent souvent comme endormis pendant l'entretien clinique et l'examen physique et peuvent même s'endormir dans la salle d'attente ou la salle d'examen du clinicien. Pendant les épisodes de cataplexie, les individus peuvent glisser de leur chaise et se mettre à bredouiller ou avoir les paupières qui se ferment.

Caractéristiques liées à l'âge

L'hyperactivité peut être une des manifestations de la somnolence diurne chez l'enfant. Les caractéristiques cliniques principales et les examens complémentaires dans la nar-

1. Les progrès de la génétique moléculaire ont permis de montrer que l'antigène DR2 se composait de deux sous-types DRw15 et DRw16, (le même pour l'antigène DQw1 (sous-types DQw5 et DQw6). La version originale du DSM-IV assimile de manière erronée HIA-DR2 et DQw6 et DQw1 et DRw15. Cependant, ces antigènes sont aussi présents dans 10 à 35 % de la population générale

colepsie chez l'enfant sont identiques à ceux retrouvés chez l'adulte. Toutefois, la cataplexie et une légère somnolence diurne peuvent être plus difficiles à identifier chez l'enfant que chez l'adulte.

Prévalence

Les études épidémiologiques indiquent une prévalence de 0,02 % à 0,16 % pour la narcolepsie chez l'adulte avec des taux équivalents chez l'homme et chez la femme.

Évolution

La somnolence diurne est presque toujours le signe d'appel de la Narcolepsie et devient habituellement cliniquement significative pendant l'adolescence. Néanmoins, une anamnèse soigneuse peut mettre en évidence un certain degré de somnolence présente dès la période préscolaire ou au début de la scolarité. La survenue de la maladie après 40 ans est inhabituelle. Toutefois, un interrogatoire fouillé peut révéler l'existence d'un certain degré de somnolence dès la maternelle ou les premières années de scolarisation. La survenue de la maladie après 40 ans est inhabituelle. Toutefois, certains individus présentant une Narcolepsie peuvent ne pas considérer la somnolence excessive comme un symptôme d'une maladie. Ceci peut expliquer pourquoi le diagnostic de narcolepsie est souvent posé plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes. Des facteurs de stress psychosociaux ou des altérations brutales des horaires veille-sommeil précèdent le début de la maladie dans une bonne moitié des cas. La cataplexie peut apparaître de façon concomitante à la somnolence, niais survient souvent des mois, des années ou même des dizaines (l'années après l'apparition de la somnolence. Les hallucinations liées au sommeil et les paralysies du sommeil sont des symptômes plus variables de la maladie et peuvent être absents chez certains individus. I,a fragmentation du sommeil nocturne se développe habituellement plus tard dans l'évolution de la maladie, souvent dans la quatrième ou la cinquième décade.

Dans la narcolepsie, l'évolution dans le temps (le la somnolence excessive est stable. Le développement d'autres Troubles du sommeil (p. ex., les mouvements périodiques des membres ou le Trouble du sommeil lié à la respiration) peut aggraver le degré de somnolence, alors que le traitement par des stimulants peut l'améliorer. De même, la cataplexie présente habituellement une évolution stable, bien que certains individus rapportent une diminution et même une disparition complète des symptômes après de nombreuses années. Les hallucinations liées au sommeil et les paralysies du sommeil peuvent aussi disparaître alors que la somnolence diurne et les attaques de sommeil persistent.

Aspects familiaux

Les données des études HLA et (les études familiales suggèrent fortement le rôle de facteurs génétiques dans le développement de la narcolepsie. Le mode de transmission n'est pas encore déterminé mais est probablement multifactoriel. Environ 5 à 15 % des parents biologiques du premier degré d'un proposant narcoleptique sont atteints eux aussi. Environ 25 à 50 % des parents biologiques du premier degré d'un proposant narcoleptique présentent d'autres troubles du sommeil caractérisés par une somnolence excessive (comme l'Hypersomnie primaire).

Diagnostic différentiel

La Narcolepsie doit être différenciée des variations normales du sommeil normal, de la privation de sommeil, d'autres Troubles primaires du sommeil et du Trouble du sommeil lié à un autre trouble mental, type hypersomnie. De nombreuses personnes ressentent une certaine somnolence durant la journée, particulièrement clans le courant de l'après-midi lorsque la somnolence physiologique augmente. Cependant, ces personnes ne présentent pas de sommeil irrésistible à d'autres moments de la journée et peuvent « lutter » contre leur somnolence par un effort physique ou mental. Ils ne présentent généralement pas de cataplexie, d'hallucinations liées au sommeil ou de paralysies du sommeil. Des épisodes de faiblesses musculaires peuvent survenir chez des individus ne présentant pas de Narcolepsie. Bien que le rire soit le facteur déclenchant le plus typique de la cataplexie, les épisodes qui sont exclusivement provoqués par le stress, ou la tension nerveuse ou qui surviennent dans un contexte d'exercice physique intense sont moins susceptibles de représenter une véritable cataplexie.

Quelle qu'en soit la cause, la **privation de sommeil** peut engendrer de la somnolence diurne. On ne doit porter un diagnostic de Narcolepsie que si l'individu vit selon un horaire veille-sommeil régulier comprenant une quantité suffisante de sommeil nocturne. La privation de sommeil et les horaires de sommeil irréguliers peuvent provoquer des hallucinations liées au sommeil ou des paralysies du sommeil mais, cela est rare et il n'existe jamais de cataplexie.

La Narcolepsie et l'**Hypersomnie primaire** se ressemblent quant à la sévérité de la somnolence diurne. Comparés aux individus présentant une Narcolepsie, les individus présentant une Hypersomnie primaire ont généralement un sommeil nocturne plus long et moins fractionné. La somnolence diurne dans l'Hypersomnie primaire consiste en de plus longs épisodes de sommeil diurne qui sont aussi moins réparateurs, n'ayant pas le caractère d'urgence des « attaques » de sommeil de la Narcolepsie, et est moins souvent en rapport avec une activité onirique. Les individus présentant une Hypersomnie primaire ne présentent pas de cataplexie, d'hallucinations liées au sommeil ou de paralysies du sommeil. La polysomnographie montre un sommeil nocturne peu fragmenté et une latence de sommeil paradoxal normale. Il n'existe pas d'endormissement en sommeil paradoxal au TILE.

Les individus présentant un **Trouble du sommeil lié à la respiration** ont fréquemment une somnolence excessive d'une importance comparable à celle des individus présentant une Narcolepsie. De plus, de nombreux individus atteints de Narcolepsie peuvent présenter des apnées. Le Trouble du sommeil lié à la respiration se distingue de la Narcolepsie par une anamnèse évoquant la notion de ronflements bruyants, de pauses respiratoires interrompant le sommeil nocturne, de longs épisodes de sommeil diurne non réparateurs et d'absence (le symptômes accessoires comme la cataplexie. La polysomnographie peut identifier des pauses respiratoires (apnées) dans le Trouble du sommeil lié à la respiration (et l'infirmer clans l'Hypersomnie primaire). Les apnées survenant chez l'individu présentant une Narcolepsie sont moins fréquentes et provoquent de moins grandes désaturations de l'oxyhémoglobine. Lorsqu'un individu présente sans équivoque une histoire clinique de Narcolepsie confirmée par un examen polysomnographique (endormissement en sommeil paradoxal) et conjointement un Trouble du sommeil lié à la respiration manifeste, les deux diagnostics peuvent être posés. Si un individu montre à la fois un endormissement en sommeil paradoxal et une activité apnéique à la polysomnographie sans présenter le syndrome clinique

complet de la Narcolepsie, seul le diagnostic de Trouble du sommeil lié à la respiration doit être posé.

Les individus présentant une **Hypersomnie liée à un autre trouble mental** peuvent rapporter une somnolence excessive et une activité onirique intense. En particulier, une intense envie de dormir se rencontre souvent dans le Trouble dépressif majeur avec caractéristiques atypiques et le Trouble bipolaire, épisode le plus récent dépressif. Toutefois, dans les Troubles de l'humeur, le sommeil nocturne est typiquement prolongé ce qui contraste avec le sommeil court et fragmenté de la Narcolepsie. Durant la journée, les siestes ne sont pas réparatrices chez les individus présentant des Troubles de l'humeur. De plus, bien que les individus présentant un Trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques puissent se plaindre d'hallucinations aux alentours du sommeil mais aussi à d'autres moments, on ne retrouve pas de symptômes accessoires caractéristiques de la Narcolepsie (p. ex., la cataplexie). L'examen polysomnographique d'individus présentant des Troubles de l'humeur peut révéler un raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal, mais typiquement moins important que dans la Narcolepsie. La latence d'endormissement est également plus longue dans les Troubles de l'humeur. Enfin, l'évaluation pendant la journée avec le TILE montre une somnolence physiologique moindre dans les Troubles de l'humeur et les endormissements en sommeil paradoxal sont rares. La « somnolence » chez ces individus apparaît donc plus comme une manifestation du ralentissement psychomoteur et de l'allergie.

L'utilisation ou le sevrage de substances (y compris les médicaments) peut provoquer certains symptômes de la Narcolepsie. Les agonistes cholinergiques (y compris les anticholinestérases utilisés comme pesticides) peuvent perturber la continuité du sommeil et augmenter le sommeil paradoxal. Les mêmes phénomènes peuvent survenir suite à l'arrêt brutal d'agents anticholinergiques, y compris les antidépresseurs tricycliques. La réserpine et la méthyldopa peuvent augmenter le sommeil paradoxal et provoquer de la somnolence. Le sevrage de stimulants peut provoquer une somnolence grave. Un diagnostic de **Trouble du sommeil induit par une substance, type hypersomnie** peut être justifié si l'hypersomnie est jugée comme la conséquence physiologique directe de l'effet d'une substance (voir p. 757). Inversement, le diagnostic de Narcolepsie ne doit pas être posé si l'individu consomme ou a récemment arrêté sa consommation de ce type de substances.

La Narcolepsie doit être distinguée du **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type hypersomnie.** Le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale doit être posé lorsque l'insomnie est jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique (p. ex., lésion cérébrale expansive ou tumeur hypothalamique) (voir p. 752).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne comprennent pas de critères diagnostiques pour la Narcolepsie. Dans la CIM-10, cette catégorie est reprise dans le chapitre VI « Maladies du système nerveux ».

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Le diagnostic de Narcolepsie de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) comprend les mêmes caractéristiques essentielles que celui du DSM-IV.

Critères diagnostiques de G47.4 13471
La Narcolepsie

A. Attaques irrésistibles d'un sommeil réparateur survenant quotidiennement pendant au moins trois mois.

B. Présence d'au moins un des deux critères suivants :

(1) cataplexie (c.-à-d. brefs épisodes *de* perte soudaine du tonus musculaire bilatérale, le plus souvent en rapport avec une émotion intense)

(2) intrusion récurrente d'éléments du sommeil paradoxal (à mouvements oculaires rapides) lors des transitions veille-sommeil se manifestant par des hallucinations hypnopompiques ou hypnagogiques ou par des paralysies du sommeil en début ou en fin d'épisodes de sommeil

C. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale générale.

G47.3 [780.591 Trouble du sommeil lié à la respiration

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du sommeil lié à la respiration est un fractionnement du sommeil provoquant une somnolence excessive ou de l'insomnie, lié à des anomalies de la ventilation pulmonaire survenant pendant le sommeil (p. ex., des apnées centrales ou un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale) (Critère A). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble mental et n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris un médicament) ou (l'une affection médicale générale produisant des symptômes en rapport avec le sommeil par un autre mécanisme qu'une respiration anormale (Critère B).

La somnolence excessive est le signe d'appel le plus fréquent des individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration. La somnolence résulte des nombreux éveils survenant pendant le sommeil nocturne lorsque l'individu tente de respirer normalement. La somnolence est la plus manifeste dans des situations où le sujet est relaxé, comme lorsqu'il lit ou regarde la télévision. L'incapacité à contrôler la somnolence se manifeste particulièrement dans des réunions ennuyeuses ou au cinéma, au théâtre ou

au concert. Lorsque la somnolence est extrême, la personne peut s'endormir en conversant, en mangeant, en marchant ou en conduisant. Les siestes ne permettent généralement pas de récupérer et peuvent être accompagnées de céphalées pénibles au réveil. Néanmoins, l'intensité de la somnolence peut varier considérablement. Les retombées de la somnolence peuvent être minimisées par l'individu qui peut se montrer fier de pouvoir s'endormir n'importe où et n'importe quand.

Chez les individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration, l'insomnie, les nombreux éveils ou le sommeil non réparateur sont moins fréquemment un symptôme d'appel que ne l'est la somnolence diurne. Certains individus peuvent se plaindre de difficultés respiratoires lorsqu'ils sont allongés ou endormis.

Les événements respiratoires anormaux pendant le sommeil des individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration comprennent les apnées (épisodes d'arrêt respiratoire), les hypopnées (respiration anormalement lente ou de faible amplitude) et l'hypoventilation (concentration sanguine en oxygène et en dioxyde de carbone anormales). On décrit trois formes de Trouble du sommeil lié à la respiration : le syndrome d'apnées obstructives, le syndrome d'apnées centrales et le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale. Une ancienne terminologie, *le syndrome de Pickwick*, a été utilisée pour décrire des individus obèses présentant une association d'un syndrome d'apnées obstructives, d'hypoventilation à l'éveil ainsi que d'hypoventilation liée au sommeil.

Le *syndrome d'apnées obstructives* est la forme la plus commune du Trouble du sommeil lié à la respiration. Il se caractérise par des épisodes répétés d'obstruction des voies aériennes supérieures (apnées et hypopnées) survenant pendant le sommeil. La commande centrale de la respiration et les mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux sont épargnés. Le syndrome d'apnées obstructives survient habituellement chez l'individu obèse et provoque des plaintes de somnolence excessive. Il se caractérise par des ronflements bruyants ou de brefs «*gasping* » alternant avec des épisodes de silence d'une durée habituelle de 20 à 30 secondes. Le ronflement est causé par la respiration à travers des voies aériennes partiellement obstruées. Les périodes silencieuses correspondent aux apnées obstructives suite à l'arrêt respiratoire causé par l'obstruction complète des voies aériennes. Typiquement, le ronflement bruyant s'est déclaré plusieurs années auparavant, souvent depuis l'enfance, et son aggravation peut conduire l'individu à consulter. Le ronflement est généralement suffisamment bruyant pour perturber le sommeil des personnes dormant dans l'entourage immédiat. L'arrêt respiratoire, prolongé parfois jusqu'à 60-90 secondes et entraînant de la cyanose, peut aussi perturber le partenaire de lit. La résolution de l'événement apnéique peut être associé à des ronflements bruyants « libérateurs », du *gasping,* des gémissements ou des marmonnements, ou des mouvements de l'ensemble du corps. Le partenaire peut avoir à changer de lit ou de chambre suite aux ronflements, au gasping ou aux mouvements de l'individu. La plupart des individus ne sont pas conscients de leurs ronflements bruyants, de leurs difficultés respiratoires et de leurs nombreux éveils. Toutefois, certaines personnes, et particulièrement les personnes âgées, sont profondément conscientes de leur perturbation du sommeil et consultent pour des plaintes d'éveils fréquents et de sommeil non réparateur. Certains individus sans présenter (l'obstruction nette des voies aériennes peuvent montrer des réactions d'éveil associées avec une augmentation des résistances des voies aériennes (parfois appelées syndrome de résistance des voies aériennes supérieures ou réaction d'éveil en relation avec des événements respiratoires). Ces individus ont de nombreuses caractéristiques cliniques en commun avec les personnes présentant un syndrome d'apnées obstructif.

Le *syndrome d'apnées centrales* est caractérisé par des épisodes d'arrêt respiratoire non obstructif (apnées et hypopnées) survenant pendant le sommeil. Donc, à l'inverse des événements apnéiques obstructifs, les apnées centrales ne sont pas associées à une persistance des mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux et surviennent plus fréquemment chez les personnes âgées suite à des affections cardiologiques ou neurologiques modifiant la régulation de la ventilation. Les individus se présentent le plus souvent avec des plaintes d'insomnie suite aux éveils répétés qu'ils peuvent ou non attribuer à des difficultés respiratoires. Les individus présentant des apnées centrales peuvent légèrement ronfler, mais cela ne constitue pas une plainte de premier plan.

Le *syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale* est caractérisé par une altération du contrôle de la ventilation responsable d'un taux anormalement bas d'oxygène artériel qui est encore diminué pendant le sommeil (hypoventilation sans apnées ou hypopnées). Les propriétés mécaniques des poumons des individus présentant cette affection sont normales. Cette forme survient généralement chez des individus très obèses et peut être associée à une plainte de somnolence excessive ou d'insomnie.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration peuvent éprouver des plaintes d'inconfort thoracique, d'étouffement, de gasping ou d'une anxiété intense liée aux événements apnéiques ou à l'hypoventilation. Les mouvements corporels en rapport avec les difficultés respiratoires peuvent être violents et le sommeil des individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration est souvent décrit comme agité. Les individus présentant cette affection se sentent typiquement non reposés au réveil et peuvent se décrire comme plus fatigués dans la matinée que lorsqu'ils vont se coucher le soir. Ils peuvent aussi éprouver une ivresse du sommeil (c.-à-d. des difficultés majeures à s'éveiller, de la confusion et des comportements inappropriés). Une importante sécheresse de bouche est habituelle et la personne est souvent amenée à consommer de l'eau pendant la nuit ou le lendemain matin, au réveil. La nocturie survient fréquemment lorsque les symptômes s'aggravent. De pénibles céphalées matinales généralisées peuvent se prolonger 1 à 2 heures après le réveil.

La somnolence peut provoquer des troubles de mémoire, des difficultés de concentration, de l'irritabilité et des modifications de personnalité. Les Troubles de l'humeur (particulièrement le Trouble dépressif majeur et la Dysthymie), les Troubles anxieux (particulièrement le Trouble panique) et la clémence sont fréquemment associés au Trouble du sommeil lié à la respiration. Les individus peuvent aussi présenter une diminution de la libido et des capacités d'érection. Cette déficience de l'érection est rarement le symptôme d'appel du syndrome d'apnées obstructives. Les enfants présentant un trouble du sommeil lié à la respiration peuvent montrer des déficits de croissance, un retard du développement, des difficultés d'apprentissage, des troubles de l'attention et des comportements hyperactifs. La somnolence diurne excessive peut être à l'origine de blessures corporelles (p. ex., après s'être endormi en conduisant un véhicule) et également d'altérations du fonctionnement social et professionnel responsables de pertes d'emploi, rie problèmes conjugaux et familiaux ou de baisse des résultats scolaires.

Examens complémentaires. Chacun des syndromes majeurs du Trouble du sommeil lié à la respiration est associé à des anomalies spécifiques. Dans le syndrome d'apnées obstructives la polysomnographie nocturne montre des épisodes apnéiques de plus de 10 secondes (habituellement 20 à 40 secondes) et de rares épisodes allant jusqu'à plusieurs minutes. Les hypopnées sont caractérisées par une diminution du flux aérien. Ces deux types d'événements entraînent une diminution de la saturation de l'oxyhémoglobine. La respiration de Cheyne-Stokes (c.-à-d. un respiration de type périodique consistant en une apnée, suivie d'un épisode d'hyperventilation de 10 à 60 secondes puis d'une diminution progressive de la ventilation culminant dans une nouvelle apnée) peut se rencontrer dans le syndrome d'apnées centrales. Dans le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale, des périodes de diminution ventilatoire pouvant durer jusqu'à quelques minutes provoquent une désaturation artérielle en oxygène persistante et une augmentation du taux de dioxyde de carbone. D'autres caractéristiques polysomnographiques du Trouble du sommeil lié à la respiration comprennent un sommeil court, de nombreux éveils, une augmentation du stade 1 et une diminution du sommeil à ondes lentes et du sommeil paradoxal. Les éveils survenant en fin d'événements apnéiques ou hypoventilatoires peuvent être très brefs (quelques secondes).

Les apnées, les hypopnées et l'hypoventilation peuvent provoquer d'autres perturbations : désaturation de l'oxyhémoglobine, anomalies à l'ECG, augmentation de la pression artérielle pulmonaire et systémique et éveils transitoires lors de la résolution d'un épisode de trouble respiratoire. Les arythmies cardiaques surviennent fréquemment pendant le sommeil des individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration et peuvent comporter une arythmie sinusale, des extrasystoles ventriculaires, un bloc atrioventriculaire ou un arrêt sinusal. Une bradycardie suivie par une tachycardie est fréquemment liée aux épisodes apnéiques. Les nombreux éveils nocturnes et la désaturation de l'oxyhémoglobine peuvent rendre compte de la somnolence excessive décelée au Test Itératif (le Latence d'Endormissement (FILE) ou à d'autres épreuves évaluant la somnolence diurne. La latence d'endormissement moyenne au 'PILE est souvent de moins de 10 minutes et peut être de moins de 5 minutes (la norme étant de 10 à 20 minutes).

La mesure des gaz sanguins artériels pendant la journée est normale, mais certains individus présentant un syndrome sévère d'apnées obstructives ou un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale peuvent présenter une hypoxémie et une hypercapnie pendant la veille. La céphalométrie par rayons X, la résonance magnétique nucléaire (RMN) ou la tomographie computérisée (TC) ainsi que l'endoscopie par fibres optiques peuvent mettre en évidence l'obstruction des voies aériennes supérieures. L'examen cardiologique peut montrer l'existence d'une altération de la fonction ventriculaire droite. Les individus peuvent aussi présenter des taux d'hémoglobine et d'hématocrite élevés en rapport avec les hypoxémies nocturnes répétées. Les résultats de l'examen polysomnographique chez l'enfant diffèrent de ceux réalisés chez l'adulte. La plupart des enfants montrent une respiration laborieuse, une hypoventilation partielle d'origine obstructive avec désaturations cycliques, hypercapnie, mouvements paradoxaux et ronflement.

Examen physique et affections médicales générales associées. La majorité des individus présentant un syndrome d'apnées obstructives ou d'hypoventilation alvéolaire centrale sont obèses et constatent que la sévérité des symptômes augmente avec leur poids. Le rétrécissement des voies aériennes supérieures peut être la conséquence d'un excès de tissus mous. En particulier, les individus présentant un cou épais (un tour de

cou supérieur à 17 pouces chez l'homme et 16 pouces chez la femme) ont un risque plus élevé de développer des apnées du sommeil obstructives. Le syndrome d'apnées obstructives survenant chez un individu (le poids normal ou inférieur à la normale fait suggérer une obstruction des voies aériennes supérieures par une anomalie structurelle localisée et démontrable, comme une malformation maxillomandibulaire ou une hypertrophie amygdalienne. Les individus peuvent avoir une respiration bruyante même à l'éveil. Un reflux gastro-œsophagien, lié aux efforts pour restaurer la respiration pendant le sommeil, et entraînant des brûlures rétrosternales sévères, peut survenir dans le syndrome d'apnées obstructives. Les individus présentant un syndrome (l'apnées centrales sont moins souvent obèses et montrent moins fréquemment un rétrécissement des voies aériennes supérieures.

Une légère hypertension artérielle systémique avec pression diastolique élevée est souvent associée au Trouble du sommeil lié à la respiration. Certains individus, et en particulier ceux qui présentent un syndrome d'apnées obstructives ou un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale ont en permanence une faible saturation en oxygène pendant le sommeil et sont prédisposés au développement d'une hypertension artérielle pulmonaire associée à une défaillance cardiaque droite, une stase hépatique et des œdèmes des membres inférieurs.

Les individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration peuvent présemer, pendant le sommeil, une anomalie neurologique sous-jacente du contrôle de la ventilation ou de la musculature des voies aériennes supérieures. Les troubles altérant le contrôle neurologique de la ventilation se manifestent habituellement sous forme d'un syndrome d'apnées centrales. Certains individus présentant des troubles neurologiques ont une lésion spécifique affectant le contrôle des muscles pharyngés, pouvant entraîner un syndrome d'apnées obstructives.

Le trouble du sommeil lié à la respiration peut être associé à des affections neurologiques ou à des affections médicales générales. Par exemple, les apnées obstructives, peuvent résulter d'un élargissement de la langue dû à une acromégalie, à la présence de tissu thyroïdien ou d'un kyste ou à une paralysie des cordes vocales comme dans le syndrome de Shy-Drager. Une altération de la fonction cardiaque liée à une diminution du débit cardiaque peut entraîner des apnées centrales, tout comme les affections neurologiques altérant, au niveau du tronc cérébral, le contrôle de la respiration, comme la syringomyélie ou les tumeurs du tronc cérébral.

Caractéristiques liées au sexe et à l'âge

Chez les jeunes enfants, les signes et symptômes du Trouble du sommeil lié à la respiration (presque exclusivement le syndrome d'apnées obstructives) sont moins marqués que chez l'adulte et le diagnostic est plus difficile à établir. Chez l'enfant, la polysomnographie est particulièrement utile pour confirmer le diagnostic. Le ronflement, qui est caractéristique du syndrome (l'apnées obstructives de l'adulte, peut être absent. On retrouve généralement des éveils agités et des postures inhabituelles de sommeil, comme dormir la tête entre les jambes. L'énurésie nocturne est aussi fréquente et doit toujours faire suspecter un syndrome (l'apnées obstructives si elle survient chez un enfant précédemment propre pendant la nuit. Les enfants peuvent aussi éprouver une somnolence diurne excessive, mais de façon moins fréquente et moins prononcée que chez l'adulte. Une respiration par la bouche pendant la journée, des difficultés à avaler et une mauvaise élocution peuvent également être présentes chez l'enfant. Chez les enfants de moins de 5 ans, les symptômes d'appel sont plus souvent nocturnes, comme

les apnées Ou une respiration laborieuse. Chez les enfants de plus de 5 ans, les plaintes sont plus fréquemment diurnes comme la somnolence et les troubles comportementaux, les difficultés d'attention et d'apprentissage et les céphalées matinales. A l'examen physique on peut constater un pectus excavatum et un élargissement de la cage thoracique. En cas d'hypertrophie amygdalienne (étiologie la plus commune des apnées obstructives du sommeil chez l'enfant), un « faciès adénoïde » typique peut être observé avec une expression hébétée, un oedème périorbitaire et une respiration par la bouche.

Le syndrome (l'apnées obstructives est le plus fréquemment rencontré chez l'homme obèse d'âge moyen et chez l'enfant prépubère présentant une hypertrophie amygdalienne. Le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale est plus fréquent chez le jeune adulte obèse de sexe masculin. Avec l'âge, on note une augmentation de la fréquence des événements apnéiques d'origine aussi bien obstructive que centrale, même chez les individus sains, non apnéiques. La polysomnographie doit toujours être interprétée en tenant compte de l'âge car un certain degré d'activité apnéique peut être normal selon l'âge. Par ailleurs, des symptômes cliniquement significatifs d'insomnie ou d'hypersomnie devraient être investigués, quel que soit l'âge de l'individu, et un diagnostic de Trouble du sommeil lié à la respiration devra être posé si une perturbation de la respiration explique au mieux les symptômes.

Chez l'adulte le sex-ratio du syndrome d'apnées obstructives se situe entre 2 pour 1 à 4 pour 1 en faveur de l'homme. On ne retrouve pas de différence entre les sexes pour les enfants prépubères. Chez l'adulte, les événements apnéiques d'origine centrale semblent plus fréquents chez l'homme, mais cette différence entre les sexes est moins apparente après la ménopause.

Prévalence

La prévalence du Trouble du sommeil lié à la respiration par syndrome d'apnées obstructives est estimée approximativement de 1 à 10 % de la population adulte, mais elle pourrait être plus élevée chez l'individu âgé. La prévalence du Trouble du sommeil lié à la respiration varie aussi considérablement en fonction du nombre minimum d'événements apnéiques requis pour définir le trouble. La prévalence du syndrome d'apnées centrales n'est pas précisément définie mais est estimée à 10 % des syndromes d'apnées obstructives.

Évolution

Le syndrome d'apnées obstructives peut survenir à n'importe quel âge, mais la plupart des individus viennent consulter pour une évaluation entre l'âge de 40 et 60 ans (les femmes étant plus susceptibles de développer un syndrome d'apnées obstructives après la ménopause). Les apnées centrales sont plus couramment rencontrées chez l'individu âgé présentant une maladie du système nerveux central ou une maladie cardiaque. Le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale peut survenir à n'importe quel âge.

Les Troubles du sommeil liés à la respiration débutent souvent insidieusement, de façon graduellement progressive et ont une évolution chronique. Le plus souvent, au moment du diagnostic, le trouble aura évolué depuis des années. Des résolutions spontanées du syndrome d'apnées obstructives ont été décrites après une perte de poids, mais, habituellement, l'évolution est progressive et peut finalement provoquer une mort prématurée due à une maladie cardio-vasculaire ou à une arythmie. Le syndrome

d'apnées centrales évolue aussi sur un mode chronique et stable, bien que la prise en charge médicale de l'affection médicale sous-jacente puisse améliorer la perturbation respiratoire. Les adultes présentant un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale ont une évolution lentement progressive.

Aspects familiaux

Une tendance familiale au syndrome d'apnées obstructives a été décrite.

Diagnostic différentiel

Le Trouble du sommeil lié à la respiration doit être différencié d'autres causes de somnolence comme la Narcolepsie, l'Hypersomnie primaire et le Trouble du sommeil lié au rythme circadien. Le Trouble du sommeil lié à la respiration peut être différencié de la **Narcolepsie** par l'absence de cataplexie, d'hallucinations liées au sommeil ou de paralysies du sommeil et par la présence, pendant le sommeil, de ronflements bruyants, de gasping, d'apnées ou d'une respiration superficielle observées par l'entourage. Typiquement, les individus présentant une Narcolepsie montrent des épisodes (le sommeil diurne plus courts, plus réparateurs et plus souvent en rapport avec une activité onirique. La polysomnographie **nocturne identifie les apnées ou** l'hypoventilation caractéristique des Troubles du sommeil lié à la respiration et le TILE montre des endormissements en sommeil paradoxal dans la Narcolepsie. Certains individus ont à la fois un Trouble du sommeil lié à la respiration et une Narcolepsie. Le Trouble du sommeil lié à la respiration doit être distingué de l'**Hypersomnie primaire** et du **Trouble du sommeil lié au rythme circadien** sur la base (l'éléments cliniques ou d'examens complémentaires correspondant à un syndrome d'apnées obstructives, d'apnées centrales ou d'hypoventilation alvéolaire centrale. Un enregistrement polysomnographique peut être nécessaire pour clarifier le diagnostic différentiel entre l'Hypersomnie primaire et le Trouble du sommeil lié à la respiration.

L'Hypersomnie liée à un Épisode dépressif majeur peut être distinguée du Trouble du sommeil lié à la respiration par la présence ou l'absence d'autres symptômes caractéristiques (p. ex., l'humeur dépressive et la perte d'intérêt dans un Épisode dépressif majeur et le ronflement et le gasping dans le Trouble du sommeil lié à la respiration).

Les individus présentant un Trouble du sommeil lié à la respiration doivent aussi être différenciés (les **adultes ronfleurs asymptomatiques.** Cette différenciation peut se faire sur la hase des plaintes d'insomnie ou d'hypersomnie, de la sévérité des ronflements et sur l'histoire (le la maladie, des signes et des symptômes caractéristiques du Trouble (lu sommeil lié à la respiration. L'Insomnie primaire se différencie du Trouble du sommeil lié à la respiration par l'absence de plaintes (de l'individu ou de son partenaire de lit) de difficultés respiratoires pendant le sommeil et l'absence d'une anamnèse, de signes et de symptômes caractéristiques d'un Trouble du sommeil lié à la respiration.

Des **Attaques de panique nocturne** peuvent comporter des symptômes de gasping ou d'étouffement pendant le sommeil qui peuvent être cliniquement difficiles à distinguer du Trouble du sommeil lié à la respiration. Cependant, les Attaques de panique nocturne se différencient du Trouble du sommeil lié à la respiration par la moindre fréquence des épisodes, l'importante hyperréactivité neurovégétative et l'absence de somnolence excessive. Dans les Attaques de panique nocturne, la poly-

somnographie ne montre pas d'exemple typique d'activité apnéique, d'hypoventilation ou de désaturation artérielle caractéristique du Trouble du sommeil lié à la respiration.

Le Trouble **Déficit de l'attention/Hyperactivité** chez l'enfant peut comprendre des symptômes d'inattention, des difficultés scolaires et de l'hyperactivité. L'ensemble de ces symptômes peut également se présenter dans l'apnée du sommeil de l'enfant. La présence d'autres symptômes et des signes d'apnées du sommeil infantiles (p. ex., respiration laborieuse ou ronflement pendant le sommeil et hypertrophie amygdalienne) doivent faire suggérer la présence d'un trouble du sommeil lié à la respiration.

Le diagnostic de Trouble du sommeil lié à la respiration sera posé en présence d'une **affection médicale générale** responsable d'une altération de la mécanique ventilatoire, survenant pendant le sommeil, et provoquant une insomnie ou une hypersomnie. Par exemple, un individu présentant une hypertrophie amygdalienne et des difficultés de sommeil liées à des ronflements et à des apnées obstructives recevra un diagnostic de Trouble du sommeil lié à la respiration sur l'Axe I et d'hypertrophie amygdalienne sur l'Axe III. Toutefois, un diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale sera posé si l'affection médicale générale ou l'affection neurologique est responsable, via un mécanisme distinct d'un trouble respiratoire, de symptômes en rapport avec le sommeil. Par exemple, les individus présentant de l'arthrite ou une insuffisance rénale peuvent se plaindre d'insomnie ou d'hypersomnie ne résultant pas d'altération de la respiration pendant le sommeil.

L'utilisation ou le sevrage de substances (y compris les médicaments) peut provoquer une insomnie ou une hypersomnie comme dans le Trouble du sommeil lié à la respiration. Une anamnèse fouillée permet habituellement d'identifier la substance responsable et le suivi montrera une régression de la perturbation du sommeil après l'arrêt de la substance. Dans d'autres cas, l'utilisation d'une substance (p. ex., alcool, barbituriques ou benzodiazépines) peut aggraver un Trouble du sommeil lié à la respiration. Cependant, le diagnostic de Trouble du sommeil lié à la respiration doit être posé en présence des symptômes ou des signes caractéristiques même s'il y a usage concomitant de substances aggravant le trouble.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne comprennent pas de critères diagnostiques pour le Trouble du sommeil lié à la respiration. Dans la CIM-10, cette catégorie est reprise dans le chapitre VI « Maladies du système nerveux ».

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Le Trouble du sommeil lié à la respiration est identifié par trois syndromes spécifiques dans la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) : le syndrome d'apnées obstructives, le syndrome d'apnées centrales et le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale.

Critères diagnostiques du G47.3 [780.591 Trouble du sommeil lié à la respiration

A. Fractionnement du sommeil provoquant une somnolence excessive ou une insomnie, lié à une affection respiratoire en rapport avec le sommeil (comme p. ex., un syndrome d'apnées obstructives ou centrales ou un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale).

B. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental et n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale générale (autre qu'un trouble respiratoire).

Note de codage : le trouble du sommeil lié à la respiration doit aussi être enregistré sur l'Axe III.

F5 1 .2 1307.451 Trouble du sommeil lié au rythme circadien *(Auparavant* Trouble du rythme veille-sommeil)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du sommeil lié au rythme circadien est un mode persistant ou récurrent de fractionnement du sommeil résultant d'une absence d'une altération du fonctionnement de l'horloge biologique ou de synchronisme entre le système circadien endogène responsable de l'alternance veille-sommeil propre à un individu et les contraintes externes concernant l'horaire ou la durée du sommeil (Critère A). Contrairement aux autres Troubles primaires du sommeil, les Troubles du sommeil liés au rythme circadien ne sont pas liés intrinsèquement aux mécanismes responsables de la genèse du sommeil et de l'état de veille. Suite à cette absence de synchronisme circadien, les individus présentant ce trouble peuvent se plaindre d'insomnie à certains moments de la journée et de somnolence excessive à (l'autres, qui sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B). Les problèmes de sommeil ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble du sommeil ou par un autre trouble mental (Critère C) et ne sont pas liés aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Critère D).

Le diagnostic de Trouble du sommeil lié au rythme circadien doit être réservé aux individus présentant une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, ou une souffrance marquée en rapport avec la perturbation du sommeil. Les individus montrent de grandes variations dans leurs capacités d'adaptation aux changements circadiens. De nombreux, voire la plupart des individus présentant des symptômes de perturbation du sommeil liés au rythme circadien ne consultent pas et la symptomatologie n'est pas suffisamment sévère pour requérir un diagnostic. Les individus consultant pour examen sont le plus souvent perturbés par la sévérité ou la

persistance de leurs symptômes. Par exemple, il est relativement courant qu'un individu ayant un travail posté consulte à la suite d'un endormissement au travail ou en conduisant un véhicule.

Le diagnostic de Trouble du sommeil lié au rythme circadien repose essentiellement sur l'histoire clinique et, en particulier, l'organisation temporelle du temps de travail, du sommeil, des siestes, et du temps libre pendant la journée. L'anamnèse doit aussi évaluer les moyens utilisés pour faire face aux symptômes, comme les tentatives pour avancer l'horaire veille-sommeil dans le Type avec retard de phase. L'utilisation prospective d'agendas de sommeil ou de représentations graphiques des rythmes veille-sommeil est souvent d'une aide appréciable pour poser le diagnostic.

Sous-types

Type avec retard de phase. Ce type de Trouble du sommeil lié au rythme circadien résulte de rythmes circadiens décalés, dont le cycle veille/sommeil, par rapport aux exigences d'une vie en société. La mesure des rythmes circadiens endogènes (p. ex. température corporelle centrale, concentration de mélatonine plasmatique) dans les conditions habituelles (c.-à-d. décalées) de l'horaire veille/sommeil de ces individus reflète ce décalage. Les individus présentant ce sous-type (« couche-tard ») sont supposés avoir une diminution anormale de la capacité à pouvoir avancer leur horaire veille-sommeil (p. ex., à déplacer l'horaire de leur période de sommeil et de leur période de veille vers des heures plus précoces). En conséquence, ces individus « s'enferment » dans leurs habitudes d'heures de sommeil tardives et ne parviennent pas à avancer leur sommeil vers des heures plus précoces ou des difficultés à aligner leur sommeil avec d'autres rythmes circadiens. Le rythme circadien du sommeil est stable : lorsqu'ils sont laissés à leur propre horaire (p. ex., les week-end ou en vacances), ils s'endorment et se réveillent suivant un horaire cohérent mais décalé. Les individus atteints se plaignent de difficultés d'endormissement à des heures conventionnelles, mais après avoir été initié, le sommeil ne présente pas d'anomalies. Il existe également des difficultés à se réveiller à des heures conventionnelles (p. ex., de nombreux réveil-matin sont souvent incapables de tirer l'individu de son sommeil). Beaucoup d'individus présentant ce trouble subiront une privation chronique de sommeil en raison des obligations sociales et occupationnelles du matin qui les contraignent à raccourcir leur sommeil. De la somnolence, survenant pendant la période des veilles souhaitées, peut en résulter.

Type changement de fuseaux horaires (jet-lag). Dans ce type de Trouble du sommeil lié au rythme circadien, le cycle veille-sommeil endogène est normal et la perturbation résulte d'un antagonisme entre le mode d'alternance veille-sommeil généré par le système circadien et celui requis par un nouveau fuseau horaire. Les individus présentant ce type se plaignent d'un manque de synchronisme entre l'horaire veille-sommeil souhaité et requis. La sévérité du manque de synchronisme est proportionnelle au nombre de fuseaux horaires traversés, les plus grandes difficultés étant souvent rencontrées après un voyage comportant le passage d'au moins 8 fuseaux horaires en moins de 24 heures. Pour la plupart des individus, les voyages vers l'est (avancement de l'horaire veille-sommeil) sont habituellement plus difficilement tolérés que les voyages vers l'ouest (retard de l'horaire veille-sommeil).

Type travail posté. Dans ce type de Trouble du sommeil lié au rythme circadien le cycle veille-sommeil endogène est normal et la perturbation résulte d'un antagonisme

entre le mode d'alternance veille-sommeil généré par le système circadien et le mode d'alternance veille-sommeil désiré et requis pour le travail posté. Les horaires à temps posté (alternant avec des horaires de jour) et les horaires à rotation rapide sont les plus perturbants car ils obligent à une alternance veille-sommeil dans des phases circadiennes peu propices à un ajustement, ce qui empêche toute adaptation conséquente. Typiquement, les travailleurs soumis a ces horaires présentent plus fréquemment un sommeil raccourci et des troubles de la continuité du sommeil que les travailleurs du matin ou de l'après-midi. Inversement, ces individus peuvent présenter de la somnolence ou s'endormir pendant les périodes de veille souhaitées, c'est-à-dire au milieu de la nuit lors du travail posté. Les horaires de sommeil comprenant des rotations lentes Ou des rotations contre horaires (par exemple nuit—après-midi—jour) sont également associés à des troubles du sommeil et à d'autres plaintes d'intensité plus sévères que celles rencontrées dans les autres types de rotations horaires. Le manque de synchronisme circadien du Type travail posté est encore aggravé par une durée de sommeil insuffisante, des demandes sociales et familiales et des perturbations de l'environnement (p. ex., téléphone, bruit de la circulation) pendant les heures de sommeil souhaitées.

Type non spécifié. Ce type de Trouble du sommeil lié au rythme circadien doit être indiqué si un autre modèle de perturbation du sommeil lié au rythme circadien (p. ex., avec avance de phase, alternance veille-sommeil différente de 24 heures, alternance veille-sommeil irrégulière) est présent. Un modèle avec « avance de phase » est l'analogue inversé du Type avec retard de phase : les individus se plaignent d'une incapacité à se maintenir éveillés dans la soirée et de précoces réveils matinaux spontanés. L'« alternance veille-sommeil différente de 24 heures » indique une perte de la synchronisation du cycle : l'alternance veille-sommeil s'effectue selon une période légèrement supérieure à 24 heures du rythme circadien endogène et cela malgré la présence, dans l'environnement, de repères temporels évoquant une périodicité de 24 heures. Au contraire des Types avec retard ou avance de phase dans lesquelles l'alternance veille-sommeil est stable, ici l'alternance veille-sommeil se décalera progressivement par rapport à la journée *de* 24 heures entraînant, de jour en jour, un changement de l'horaire veille-sommeil (p. ex., des périodes de plusieurs jours d'insomnie à l'endormissement alternant avec des périodes de somnolence diurne et avec des périodes de difficultés du maintien de l'éveil dans la soirée). L'« alternance veille-sommeil irrégulière » indique l'absence d'un modèle identifiable d'alternance veille-sommeil.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Fréquemment, pendant les week-ends ou les vacances, les individus présentant un Type avec retard de phase se mettent plus tard au lit et se lèvent plus tard le matin, ce qui permet une réduction des difficultés d'endormissement et de réveil. Ils souffrent habituellement de nombreux exemples de difficultés scolaires, professionnelles, et sociales provenant de leur incapacité à se réveiller à des heures conventionnelles. S'ils sont réveillés plus tôt que l'heure prévue par leur système de contrôle circadien, les individus présentant un Type avec retard de phase peuvent présenter une ivresse du sommeil (c.-à-d. une difficulté extrême à se réveiller comportant de la confusion et un comportement inadéquat). Souvent, les capacités fonctionnelles sont aussi décalées durant la journée, avec un maximum (l'efficience clans les dernières heures de la soirée.

Le jet-lag et peut se rencontrer plus fréquemment chez les individus « du matin ». Il s'accompagne souvent d'autres symptômes comme des perturbations de la concentration et de la mémoire, des troubles de la coordination, de la faiblesse musculaire, des céphalées, de la fatigue, des malaises, une diminution de l'appétit et des troubles digestifs. Ces symptômes sont en relation non seulement avec le décalage horaire, mais aussi avec les conditions de voyage comme la privation de sommeil, la consommation de caféine ou d'alcool et la dépressurisation dans les avions. Une altération des performances est souvent présente, suivant un modèle lié au rythme circadien endogène sous-jacent. Le type travail posté peut également se rencontrer plus fréquemment chez les individus « du matin ». Des troubles de la concentration, de l'attention, de la vigilance et une altération des performances sont souvent observés durant la période des veilles souhaitées, ceci en suivant un modèle lié au rythme circadien endogène sous-jacent. Une diminution de la qualité de vie et un dysfonctionnement dans l'accomplissement des rôles professionnels, familiaux ou sociaux sont souvent observés chez les travailleurs postés, particulièrement chez ceux qui présentent des perturbations du sommeil. Le travail posté est un facteur de risque pour les accidents du travail et de conduite automobile liés à la somnolence.

L'alternance veille-sommeil différente de 24 heures a été décrite principalement chez les individus non voyants, particulièrement en l'absence de perception de la lumière (p. ex., suite à une fibrose rétrolenticulaire ou à une énucluation chirurgicale), et contrairement aux individus présentant un certain degré de perception lumineuse. Les endormissements diurnes et les insomnies récurrentes surviennent lorsque le rythme circadien endogène de l'individu, qui est légèrement plus long que 24 heures, est en décalage de phase avec le cycle lumière-obscurité et les horaires veille-sommeil socialement appropriés.

Les individus présentant un trouble du sommeil lié au rythme circadien peuvent consommer de l'alcool, des hypnotiques, des sédatifs ou des stimulants afin de corriger les phases veille/sommeil inappropriées. L'utilisation de ces substances peut à son tour aggraver le trouble du sommeil lié au rythme circadien. Le type avec retard de phase a été associé à des traits de personnalité schizoïde, schizotypique et évitante, particulièrement chez l'adolescent, ainsi qu'à des symptômes dépressifs et des troubles dépressifs. L'alternance veille-sommeil différente de 24 heures et l'alternance veille-sommeil irrégulière ont aussi été associées à ces mêmes particularités. Les types jet-lag et travail posté peuvent précipiter ou aggraver un épisode maniaque, un épisode dépressif majeur ou un trouble psychotique. Le travail posté a aussi été associé à des symptômes dépressifs.

Examens complémentaires. L'étude du sommeil fournit des résultats différents selon le moment de la journée où elle est pratiquée. Chez les individus présentant le Type avec retard de phase, les investigations réalisées pendant les heures de sommeil préférées seront, dans les grandes lignes, normales pour l'âge. Néanmoins, pendant les heures de sommeil conventionnelles, ces individus peuvent montrer une augmentation de la latence d'endormissement, un réveil spontané survenant tardivement par rapport aux normes sociales conventionnelles, une diminution de l'efficience du sommeil (principalement en présence de difficultés à l'endormissement), une réduction du temps de sommeil, et, chez certains individus, un raccourcissement modéré de la latence du sommeil paradoxal. La continuité du sommeil est normale pour l'âge. Les techniques destinées à évaluer la phase du pacemaker circadien endogène (p. ex., la température corporelle centrale, les taux de mélatonine plasmatique) révèlent le retard de phase par

l'heure de survenue de l'acrophase et du nadir lorsque les individus sont étudiés lors de leurs horaires veille-sommeil habituels. De plus, l'heure du réveil peut être décalée en comparaison avec d'autres rythmes circadiens.

Pendant la semaine et durant les heures habituelles de sommeil, les investigations du sommeil d'un individu présentant un Type travail posté montrent habituellement une latence d'endormissement normale ou raccourcie, une diminution de la durée du sommeil et des troubles de la continuité du sommeil plus fréquents que chez l'individu apparié pour l'âge et ayant un mode (le sommeil nocturne « normal ». Il peut y avoir une réduction spécifique des stades 2, 3 et 4 et du sommeil paradoxal dans le nombreux cas. Ces anomalies polysomnographiques se sont avérées stables lors d'examens répétés à un intervalle de 2 ans, ce qui suggère l'absence d'adaptation ou d'aggravation. Les mesures de la somnolence physiologique, comme le test itératif de latence d'endormissement, montre une importante somnolence pendant la période d'éveil souhaitée (p. ex., durant la nuit postée). Après une période d'adaptation aux conditions normales d'horaires veille-sommeil, ces individus montrent un sommeil nocturne normal et un niveau de somnolence diurne normal. Dans leur environnement habituel et avec leurs horaires habituels de travail, les travailleurs postés montrent des changements dans le timing de leur rythme circadien. Toutefois, ces changements présentent rarement ou jamais une orientation complètement nocturne. L'exposition à la lumière peut décaler le rythme circadien endogène pour qu'il soit en phase avec le travail de nuit, mais ceci n'améliore pas nécessairement les plaintes subjectives ou les performances. Le travail à temps posté peut aussi être associé à une augmentation des taux de triglycérides et du cholestérol.

Des études en laboratoire simulant un jet-lag de 6 heures provoquent une augmentation de la latence d'endormissement, une altération de l'efficacité du sommeil, une diminution du sommeil paradoxal et une diminution légère du sommeil à ondes lentes. Ces anomalies reviennent à la normale après environ 1 à 2 semaines et sont plus sévères lors de la simulation d'un voyage vers l'Est (c.-à-d. avancement des heures de sommeil) que lors d'un voyage simulé vers l'Ouest (c.-à-d. retard des heures (le sommeil). D'autres investigations en laboratoire ont montré que le rythme circadien de la mélatonine, de la température corporelle centrale, du niveau de vigilance et de performance, ne s'adaptent aux jets-lags simulés qu'après plusieurs jours ou semaines. L'alternance veille-sommeil différente de 24 heures observée chez les individus non voyants est souvent caractérisée par des rythmes circadiens non entraînés, comme celui de la température corporelle centrale, de la sécrétion de mélatonine et de la propension au sommeil. Autrement dit, ces rythmes ont une période légèrement plus longue que 24 heures, similaire à celle d'individus placés dans des situations expérimentales d'isolation et privés de tous repères temporels. Les individus présentant une « avance de phase du sommeil » ont un rythme circadien dont le timing est plus précoce et dont la période est raccourcie.

Examen physique et affections médicales générales associées. L'examen physique ne montre pas d'anomalies spécifiques dans le Trouble du sommeil lié au rythme circadien. L'individu en travail posté peut apparaître comme hagard ou endormi et peut présenter des troubles cardio-vasculaires ou gastro-intestinaux, y compris de la gastrite et des ulcères peptiques. Dans ces cas, le rôle de la consommation de caféine et d'alcool et les perturbations du mode d'alimentation n'ont pas été complètement évalués. Le travail posté a été associé à des facteurs de risques pour les maladies cardiovasculaires comme l'hypertension, l'absence de la baisse physiologique de la pression artérielle sur

24 heures, une augmentation de lipides favorisant l'athéromatose, et des anomalies électrocardiographiques (intervalle QT prolongé). Le travail posté peut aussi être associé à une légère augmentation du risque de survenue de maladies cardiovasculaires, mais toutes les études n'ont pas conclu de la sorte. L'alternance veille/sommeil différente de 24 heures survient fréquemment chez les individus non voyants, en particulier chez ceux n'ayant aucune perception lumineuse. Le Trouble du sommeil lié au rythme circadien petit aggraver des affections médicales générales préexistantes.

Caractéristiques liées à l'âge

Les types avec retard de phase surviennent plus souvent entre la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte. Les symptômes du travail posté et du jet-lag sont souvent considérés comme plus sévères ou comme plus rapidement induits dans des conditions de laboratoire chez l'individu âgé ou d'âge moyen que chez le jeune adulte. Les individus âgés ont des anomalies polysomnographiques plus sévères après un jet-lag simulé en laboratoire, mais leur rythme circadien s'adapte à la même vitesse que ceux d'individus plus jeunes. Le type « avec avance de phase » est aussi plus fréquent avec l'âge. Cela peut résulter d'une détérioration du sommeil nocturne et d'un raccourcissement de la période circadienne endogène liés à l'âge.

Prévalence

La prévalence pour n'importe quel type de Trouble du sommeil lié au rythme circadien n'est pas bien établie. Des études de prévalence dans la population générale du type avec retard de phase montrent des résultats variables allant de 0,1 à 4 % chez l'adulte et jusqu'à 7 % chez l'adolescent. Jusqu'à 60 % des individus effectuant un travail posté peuvent présenter le Trouble du sommeil, type travail posté.

Évolution

Le type par retard de phase débute typiquement à l'adolescence et peut faire suite à un stress psychosocial. Sans intervention, le Type avec retard de phase peut évoluer sur des années ou des dizaines d'années mais il peut disparaître spontanément en raison d'une tendance à un avancement de phase des rythmes circadiens endogènes liée à l'âge. Souvent, le traitement par le décalage progressif de l'horaire veille-sommeil peut normaliser le sommeil, au moins temporairement, mais il existe une vulnérabilité persistante à reprendre des heures de sommeil tardives et à présenter d'autres symptômes.

Le Type travail posté perdure typiquement tant que l'individu continue à travailler selon ces horaires. La disparition des symptômes survient généralement clans les deux semaines après la reprise d'un horaire veille-sommeil normal.

Des données expérimentales et empiriques concernant le jet-lag montrent que le temps de resynchronisation du système circadien sur le temps local est d'environ un jour par fuseau horaire traversé. La rapidité de réajustement des différents rythmes circadiens (comme la température corporelle centrale, les sécrétions hormonales, la vigilance et le sommeil) est variable d'un rythme à l'autre.

Aspects familiaux

Jusqu'à 40 % des individus présentant un type par retard de phase peuvent présenter des antécédents familiaux. Une forme familiale du type par avance de phase se trans-

mettant en temps que trait plus ou moins dominant avec haute pénétrance a été identifiée.

Diagnostic différentiel

Le Trouble du sommeil lié au rythme circadien doit être distingué des **variantes du sommeil normal** et des **ajustements normaux survenant après un changement d'horaire.** Cette distinction repose principalement sur la persistance du trouble et sur l'importance des répercussions sociales ou professionnelles qu'il provoque. Par exemple de nombreux adolescents et de jeunes adultes ont un horaire veille-sommeil décalé mais sans en souffrir ou sans interférence avec la routine scolaire ou professionnelle. De même, beaucoup d'individus s'identifient comme « couche tôt » ou « couche tard » en raison de leur préférence, ou de leurs horaires de sommeil. Ces tendances ne nécessitent pas un diagnostic de type par retard de phase ou de type par avance de phase. Un diagnostic doit être posé seulement chez les individus éprouvant de façon persistante une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement et qui montrent des difficultés à changer leurs horaires veille-sommeil. Un voyage comportant le passage de fuseaux horaires provoque chez quasiment tout le monde une discontinuité transitoire du sommeil. Le diagnostic de Type changement de fuseaux horaires (jet-lag) doit être réservé à des individus effectuant fréquemment de tels voyages s'ils présentent de sévères perturbations du sommeil et des arrêts de travail.

Le Type avec retard de phase doit être différencié du **décalage volontaire des heures de sommeil.** Certains individus décalant volontairement leur sommeil afin de pouvoir participer à des activités sociales ou professionnelles peuvent se plaindre de difficultés à se réveiller. Lorsqu'on les y autorise, ces individus s'endorment facilement plus tôt, et, après une période de récupération de sommeil, n'ont plus de difficultés significatives à se réveiller le matin. Dans ces cas, le problème primaire est une privation de sommeil plutôt qu'un Trouble du sommeil lié au rythme circadien. D'autres individus (en particulier, les enfants et les adolescents) peuvent volontairement décaler leur heures de sommeil pour éviter les exigences scolaires ou familiales. Ce type de difficultés au réveil disparaît lorsque des activités désirées sont programmées pendant les heures matinales. De même, les jeunes enfants impliqués dans des conflits avec leurs parents concernant la mise en place de limites peuvent se présenter comme un Type avec retard de phase.

Les Types travail posté et changement de fuseaux horaires (jet-lag) doivent être distingués principalement d'autres Troubles primaires du sommeil comme **l'Insomnie primaire** et **l'Hypersomnie primaire.** Les notions de jet-lag ou de travail posté et de sommeil non perturbé sous d'autres conditions sont souvent suffisantes pour exclure ces deux autres troubles. Dans certains cas, d'autres Troubles primaires du sommeil, comme le Trouble du sommeil lié à la respiration ou le syndrome des mouvements périodiques des membres, peuvent compliquer les Types travail posté et changement de fuseaux horaires (jet-lag). Cette possibilité doit être suspectée lorsque le retour à un horaire veille-sommeil normal ne provoque pas de soulagement des symptômes en rapport avec le sommeil. D'autres types de Trouble du sommeil lié au rythme circadien comme l'« alternance veille-sommeil différente de 24 heures », et l'« alternance veille-sommeil irrégulière » se distinguent du Type avec retard de phase par le décalage stable de l'horaire veille-sommeil caractéristique de ce dernier.

Le type de sommeil avancé ou retardé survenant exclusivement au cours d'un autre trouble mental ne fait pas l'objet d'un diagnostic séparé. Par exemple,

un individu présentant un trouble dépressif majeur peut avoir des horaires de sommeil retardés comme les individus présentant un type par retard de phase. Mais il n'est pas nécessaire de porter un diagnostic additionnel de Trouble du sommeil lié au rythme circadien si l'individu présente ce type d'horaires de sommeil uniquement pendant les Épisodes dépressifs majeurs. De la même façon, un individu présentant une exacerbation aiguë d'une Schizophrénie peut présenter un horaire veille-sommeil très irrégulier et on ne portera pas de diagnostic additionnel de Trouble du sommeil lié au rythme circadien si cet horaire de sommeil survient exclusivement pendant l'exacerbation.

Les substances (y compris les médicaments) peuvent retarder l'endormissement ou le réveil matinal. Par exemple, la consommation de caféine ou de nicotine dans la soirée peut retarder l'endormissement et l'utilisation d'hypnotiques au milieu de la nuit peut retarder l'heure du réveil. Un diagnostic de **Trouble du sommeil induit par une substance** peut être envisagé si la perturbation du sommeil est jugée comme étant la conséquence physiologique directe de l'utilisation régulière d'une substance et justifie par elle-même un examen clinique (voir p. 757). Une affection médicale générale cause rarement de façon constante un retard ou une avance de l'horaire veille-sommeil et ne pose habituellement pas de difficultés de diagnostic différentiel.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont quasi identiques excepté que, dans la CIM-10, le problème doit survenir presque tous les jours pendant au moins un mois (ou pendant des périodes récurrentes de plus courte durée). Dans la CIM-10, cette catégorie est dénommée Trouble non organique du rythme veille-sommeil.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

La Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) comprend des catégories pour le Syndrome de retard de phase, le Trouble du sommeil lié au travail posté, le Syndrome du changement rie fuseaux horaires (jet-lag) et des catégories spécifiques pour trois autres Troubles du sommeil liés au rythme circadien (Alternance veille-sommeil irrégulière, Syndrome d'avance de phase et Syndrome d'alternance veille-sommeil différente de 24 heures).

Critères diagnostiques du F51.2 [307.45] Trouble du sommeil lié au rythme circadien

A. Fractionnement persistant ou récurrent du sommeil responsable de somnolence excessive ou d'insomnie, et qui est lié à une absence *de* synchronisme entre l'horaire veille-sommeil propre à un individu et l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement.

(suite)

❑ **Critères diagnostiques du F51.2 1307.451 Trouble du sommeil lié au rythme circadien** *(suite))*

B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil ou d'un autre trouble mental.

D. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécifier le type :

Type avec retard de phase : endormissements et réveils tardifs persistants avec incapacité à s'endormir ou s'éveiller à un moment plus précoce.

Type changement de fuseaux horaires (jet-lag) : périodes de sommeil et de veille survenant à des moments inappropriés de la journée selon l'heure locale après des voyages répétés comportant le passage de plus d'un fuseau horaire.

Type travail posté : insomnie pendant la principale période de sommeil ou somnolence excessive durant la principale période de veille en rapport avec un travail posté de nuit ou des modifications fréquentes des horaires de travail.

Type non spécifié : (p. ex., avec avance de phase, alternance veille-sommeil différente de 24 heures, alternance veille-sommeil irrégulière, ou autre modèle non spécifié).

F51.9 1307.47] Dyssomnie non spécifiée

La catégorie des dyssomnies non spécifiées est réservée aux insomnies, hypersomnies, ou aux perturbations des rythmes circadiens, ne remplissant les critères d'aucune dyssomnie spécifique. Les exemples comprennent :

1. Plaintes significatives d'insomnie ou d'hypersomnie en relation avec des facteurs environnementaux (p. ex., bruit, lumière, dérangements fréquents).
2. Somnolence excessive en relation avec une privation de sommeil persistante.
3. « Syndrome des jambes sans repos » : ce syndrome est caractérisé par un besoin de bouger les jambes ou les bras, associé à des sensations désagréables décrites typiquement comme des fourmillements, des picotements, des brûlures ou des chatouillements. Des mouvements fréquents des membres surviennent clans le but de soulager les sensations désagréables. Les symptômes s'aggravent lorsque l'individu est au repos et le soir ou pendant la nuit

et ils peuvent être temporairement soulagés par le mouvement. Les sensations désagréables et les mouvements des membres peuvent retarder l'endormissement, réveiller l'individu pendant son sommeil et conduire à de la somnolence diurne ou de la fatigue. Des études polysomnographiques ont démontré que des mouvements périodiques des membres surviennent involontairement pendant le sommeil chez une majorité d'individus présentant un syndrome des jambes sans repos. Une minorité d'individus montre des signes d'anémie ou de réduction des réserves de fer. Des études électrophysiologiques des nerfs périphériques sont habituellement normales ainsi que la morphologie cérébrale générale. Le syndrome des jambes sans repos peut survenir en tant que forme idiopathique, ou peut être associé à des affections médicales ou neurologiques, comme une grossesse normale, une insuffisance rénale, une arthrite rhumatoïde, des maladies vasculaires périphériques ou un dysfonctionnement du système nerveux périphérique. Au niveau phénoménologique, ces deux formes ne peuvent être distinguées. Le syndrome des jambes sans repos débute typiquement dans la deuxième ou la troisième décade bien que jusqu'à 20 % des individus présentant ce syndrome puissent montrer des symptômes avant l'âge de 10 ans. La prévalence du syndrome des jambes sans repos se situe entre 2 et 10 % de la population générale et peut s'élever jusqu'à 30 % dans des populations nécessitant des soins médicaux. La prévalence augmente avec l'âge et n'est pas fonction du sexe, l'évolution est caractérisée par une stabilité ou une aggravation des symptômes avec l'âge. Une histoire familiale est mise en évidence chez 50 à 90 % des individus. Les diagnostics différentiels principaux comprennent l'akathisie induite par des médicaments, la neuropathie périphérique et les crampes nocturnes. L'aggravation vespérale et les mouvements périodiques des membres sont moins fréquents dans le syndrome des jambes sans repos que dans l'akathisie induite par des médicaments ou les neuropathies périphériques. A l'inverse du syndrome des jambes sans repos, les crampes nocturnes ne s'accompagnent pas d'un besoin de bouger les membres ni de mouvements des membres fréquents.

4. Mouvements périodiques des membres : secousses répétées, brèves et de faible amplitude des membres, particulièrement au niveau des extrémités inférieures. Ces mouvements débutent aux alentours de l'endormissement et diminuent pendant les stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal et pendant le sommeil paradoxal. Les mouvements surviennent habituellement de façon rythmique toutes les 20 à 60 secondes et sont associés à de brefs éveils répétés. L'individu ne se rend généralement pas compte des mouvements, mais peut se plaindre d'insomnie, de réveils fréquents ou de somnolence excessive si les mouvements sont très nombreux. Les individus peuvent montrer une variabilité considérable dans le nombre de mouvements périodiques d'une nuit à l'autre. Les mouvements périodiques surviennent chez la plupart des individus présentant un syndrome des jambes sans repos, mais ils peuvent également survenir sans être associés à d'autres symptômes du syndrome des jambes sans repos. Les individus présentant une grossesse normale ou des pathologies comme l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque congestive et l'état de stress post-traumatique peuvent également développer des mouvements périodiques des membres. Bien que l'âge de survenue habituelle et la prévalence dans la population générale soient

inconnues, les mouvements périodiques augmentent avec l'âge et peuvent survenir chez plus d'un tiers des individus âgés de plus de 65 ans. Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes.

5. Situations clans lesquelles le clinicien conclut à une dyssomnie mais est incapable de décider si elle est primaire, liée à une affection somatique ou provoquée par une substance.

Parasomnies

Les Parasomnies sont des troubles caractérisés par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques survenant au cours du sommeil, soit au cours de stades spécifiques du sommeil soit au cours de transitions veille-sommeil. A l'inverse des dyssomnies, les parasomnies n'impliquent pas d'anomalies des mécanismes à l'origine des états de veille et de sommeil, ou de leur horaire. Les parasomnies correspondent plutôt à l'activation de systèmes physiologiques à des moments inappropriés du cycle veille-sommeil. En particulier, ces troubles impliquent l'activation du système nerveux autonome, du système moteur ou de processus cognitifs pendant le sommeil ou les transitions veille-sommeil. Des Parasomnies différentes surviennent à différents moments du sommeil et des Parasomnies spécifiques surviennent souvent au cours de stades spécifiques du sommeil. Les individus présentant des Parasomnies se plaignent habituellement de comportements inhabituels pendant le sommeil plutôt que d'insomnie ou de somnolence diurne excessive. Cette section comprend les Cauchemars, les Terreurs nocturnes, le Somnambulisme, et les Parasomnies non spécifiées.

F51.5 [307.471 Trouble : Cauchemars *(Auparavant* Trouble : Rêves d'angoisse)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble : Cauchemars est la survenue répétée de rêves effrayants provoquant des réveils (Critère A). L'individu est pleinement éveillé dès son réveil (Critère B). Les rêves effrayants ou la discontinuité du sommeil résultant des éveils sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel (Critère C). On ne porte pas le diagnostic si les cauchemars surviennent exclusivement au cours d'un autre trouble mental ou s'ils sont liés aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère D).

Les cauchemars surviennent typiquement au cours d'une longue séquence onirique compliquée et fortement anxiogène ou terrifiante. Le contenu du rêve est souvent centré sur un danger physique imminent pour l'individu (p. ex., poursuite, attaque, blessure). Dans d'autres cas, la perception du danger peut être plus subtile, impliquant un échec ou une gène personnelle. Les cauchemars survenant après des expériences traumatiques peuvent reproduire la situation dangereuse ou menaçante, mais la plupart

1. Dans certaines classifications traditionnelles, les rêves d'angoisse survenant préférentiellement au murs du sommeil paradoxal étaient soigneusement distinguées des cauchemars. Ici, la distinction oppose cauchemars (ou rêves d'angoisse) et terreurs nocturnes (du sommeil non-paradoxal) (N.d.T.).

des cauchemars ne reproduisent pas d'événements réels. Au moment du réveil, les individus présentant ce trouble peuvent décrire la séquence onirique et son contenu en

Ils peuvent rapporter de multiples cauchemars au cours d'une même nuit, souvent centrés sur un même thème. Les cauchemars surviennent presque exclusivement pendant le sommeil paradoxal. Les épisodes de sommeil paradoxal survenant périodiquement tout au long du sommeil nocturne (approximativement toutes les 90 à 110 minutes), les cauchemars peuvent survenir n'importe quand au cours du sommeil. Toutefois, les périodes de sommeil paradoxal étant plus longues et l'activité onirique plus intense dans la deuxième moitié de la nuit, les cauchemars surviennent aussi plus volontiers tard dans la nuit.

Les cauchemars se terminent habituellement par un réveil caractérisé par un rapide retour à un état de pleine vigilance et la persistance d'une sensation de crainte ou (l'anxiété. Cela entraîne souvent des difficultés pour se rendormir. Le Trouble : Cauchemars provoque souvent une importante détresse subjective plutôt qu'une gêne sociale ou professionnelle objective. Cependant, si les éveils nocturnes sont fréquents ou si l'individu évite de dormir par crainte des cauchemars, l'individu présentant ce trouble peut ressentir une somnolence excessive, des difficultés de concentration, de la dépression, de l'anxiété ou de l'irritabilité qui peuvent désorganiser son fonctionnement diurne.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Chez, les individus présentant le Trouble : Cauchemars, une légère activation neurovégétative (sudation, tachycardie, tachypnée) peut être évidente au réveil. Les individus présentant fréquemment des cauchemars depuis l'enfance ont tendance à présenter des scores élevés aux échelles de psychopathologie générale. Des symptômes dépressifs ou anxieux ne remplissant pas les critères d'un diagnostic spécifique sont courants chez les individus présentant le Trouble : Cauchemars. Les mouvements corporels et les vocalisations ne sont pas caractéristiques du Trouble : Cauchemars parce qu'une perte du tonus musculaire survient normalement pendant le sommeil paradoxal. Parler, crier ou se mettre à frapper de façon désordonnée sont des phénomènes pouvant survenir brièvement et mettre fin au cauchemar. Ces comportements se produisent plus volontiers au cours des cauchemars de l'État de stress post-traumatique, parce que ceux-ci peuvent survenir pendant le sommeil non-paradoxal.

Examens complémentaires. La polysomnographie met en évidence de brusques réveils survenant en sommeil paradoxal et correspondant aux cauchemars rapportés par l'individu. Ces éveils surviennent habituellement durant la seconde moitié de la nuit. Dans la plupart des cas, ces épisodes de sommeil paradoxal auront duré plus de 10 minutes et auront comporté un nombre de mouvements oculaires au dessus de la moyenne. Une augmentation ou une irrégularité du rythme cardiaque ou de la fréquence respiratoire peut précéder l'éveil. Les cauchemars survenant à la suite d'événements traumatiques (p. ex., chez des individus présentant un État de stress post-traumatique), peuvent survenir pendant le sommeil non-paradoxal et en particulier aussi fréquemment en stade 2 (lue durant le sommeil paradoxal. On ne retrouve pas d'autres anomalies polysomnographiques spécifiques du Trouble : Cauchemars, y compris en ce qui concerne la continuité et l'architecture du sommeil.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La signification accordée aux cauchemars peut varier en fonction du contexte culturel. Par exemple, clans certaines cultures les cauchemars peuvent être considérés comme des phénomènes spirituels ou supranaturels alors que d'autres cultures les considèrent comme des manifestations d'une perturbation mentale ou physique. Les cauchemars survenant fréquemment pendant l'enfance, ce diagnostic n'est porté que s'ils provoquent, de façon persistante, une souffrance ou un handicap significatif chez l'enfant justifiant par eux-mêmes un examen clinique. Le Trouble : Cauchemars est susceptible de survenir chez l'enfant suite à un stress psychosocial sévère. Bien que le contenu onirique puisse être spécifique de l'âge de l'individu, les caractéristiques essentielles du trouble sont identiques quel que soit l'âge. Les femmes rapportent plus souvent avoir des cauchemars que les hommes clans une proportion d'environ 2 à 4 pour 1. On ignore clans quelle mesure cela reflète une différence réelle du nombre de cauchemars ou une plus grande facilité à en parler.

Prévalence

Entre 10 et 50 % des enfants âgés de 3 à 5 ans présentent des cauchemars suffisamment intenses pour perturber leurs parents. Dans la population adulte, jusqu'à 50 % des individus peuvent présenter au moins un cauchemar occasionnel. Au moins 3 % des jeunes adultes déclarent présenter des cauchemars fréquemment ou constamment. Néanmoins, la prévalence réelle des Cauchemars est inconnue.

Évolution

Les cauchemars débutent souvent entre l'âge de 3 et 6 ans. Lorsque leur fréquence est élevée (c.-à-d. plusieurs par semaine), les rêves peuvent devenir une source de préoccupation et de souffrance à la fois pour les enfants et leurs parents. L'évolution spontanée avec l'âge est favorable chez la plupart des enfants qui présentent des cauchemars. Chez une minorité, des rêves très fréquents peuvent persister à l'âge adulte devenant ainsi une perturbation sur la vie entière. Les adultes présentant des cauchemars de façon chronique ne se distinguent pas de ceux présentant des cauchemars depuis moins de 6 mois en ce qui concerne l'importance des plaintes de sommeil. Une tendance à l'amélioration au cours des dernières décades de la vie a été décrite.

Diagnostic différentiel

Le Trouble : Cauchemars doit être différencié des **Terreurs nocturnes.** Les deux troubles comportent un éveil complet ou partiel accompagné de sentiments d'effroi et d'une activation neurovégétative mais peuvent être différenciés par de nombreuses particularités cliniques. Les cauchemars surviennent typiquement tard clans la nuit pendant le sommeil paradoxal et provoquent une activité onirique intense, un plein éveil, une légère activation neurovégétative et le sujet garde un souvenir précis rie l'événement. Les Terreurs nocturnes surviennent habituellement dans le premier tiers de la nuit pendant les stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal et l'individu ne se remémore pas avoir rêvé ou se rappelle quelques images isolées hors d'un contexte narratif typique des cauchemars. Les Terreurs nocturnes provoquent un éveil partiel pendant lequel l'individu apparaît confus, désorienté, ne répondant que partiellement et présentant

une activation neurovégétative significative. A l'inverse de l'individu présentant un Trouble : Cauchemars, l'individu présentant des Terreurs nocturnes présente le matin au réveil une amnésie de l'événement.

Le **Trouble du sommeil lié à la respiration** peut provoquer des éveils s'accompagnant d'une activation neurovégétative, mais sans remémoration de rêves terrifiants. Les cauchemars sont une plainte fréquente des individus présentant une **Narcolepsie,** mais la présence d'une somnolence excessive et de cataplexie différencie cette maladie du Trouble : Cauchemars. Les **Attaques de panique** survenant pendant le sommeil peuvent aussi être responsables d'éveils soudains avec activation neurovégétative et sentiments d'effroi, mais l'individu ne rapporte pas la notion de rêves terrifiants et peut identifier ces symptômes comme compatibles avec une Attaque de panique. La présence d'une activité motrice complexe au cours des rêves terrifiants doit rapidement conduire à envisager d'autres Troubles du sommeil comme le Trouble du comportement lié au sommeil paradoxal (voir **Parasomnie non spécifiée).**

De nombreux traitements médicamenteux affectant le système nerveux autonome peuvent provoquer des cauchemars. Les exemples comprennent la L-dopa et autres agonistes dopaminergiques, les bêtabloquants et autres médications antihypertensives, l'amphétamine, la cocaïne et autres stimulants ainsi que les médicaments antidépresseurs. Inversement, l'arrêt de médicaments supprimant le sommeil paradoxal, comme les antidépresseurs et l'alcool, peuvent provoquer un « rebond » rie sommeil paradoxal accompagné de cauchemars. Lorsque les cauchemars sont suffisamment sévères par eux- mêmes pour justifier un examen clinique, un diagnostic de **Trouble du sommeil induit par une substance, type parasomnie** peut être envisagé (voir p. 757). De même, on ne doit pas faire le diagnostic de Trouble : Cauchemars si les rêves perturbateurs sont liés aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., une infection du système nerveux central, des lésions vasculaires du tronc cérébral, une affection médicale générale responsable d'un delirium). Lorsque les cauchemars sont suffisamment sévères par eux-mêmes pour justifier un examen clinique, un diagnostic de **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type parasomnie** peut être envisagé (voir p. 752). Bien que les cauchemars surviennent fréquemment au cours d'un **delirium,** on ne doit pas poser de diagnostic additionnel de Trouble : Cauchemars.

Les cauchemars font fréquemment partie **d'autres troubles mentaux** (p. ex., État de stress post-traumatique, Schizophrénie, Troubles de l'humeur, autres Troubles anxieux, Troubles de l'adaptation et Troubles de la personnalité). On ne doit pas faire le diagnostic de Cauchemars si les cauchemars surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental.

De nombreuses personnes présentent un cauchemar occasionnel et isolé. Le diagnostic de Trouble : Cauchemars ne doit être posé que si la fréquence et la sévérité des cauchemars provoquent une détresse ou un handicap significatif.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont virtuellement identiques en ce qui concerne le Trouble : Cauchemars.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Le diagnostic de Trouble : Cauchemars est analogue à celui de Cauchemars de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS).

Critères diagnostiques du F51.5 1307.47] Trouble : Cauchemars

A. Réveils répétés au cours de la période principale de sommeil ou de la sieste avec souvenir précis de rêves effrayants et prolongés. Ces rêves comportent habituellement un danger pour la survie, la sécurité ou l'estime de soi. Les réveils surviennent généralement au cours de la seconde moitié de la période de sommeil.

B. Lorsque le sujet se réveille immédiatement après un cauchemar, il est rapidement orienté et pleinement éveillé (contrairement à ce que l'on observe dans les Terreurs nocturnes et certaines formes d'épilepsie où le sujet est confus et désorienté).

C. Les rêves ou les perturbations du sommeil résultant des réveils sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les cauchemars ne surviennent pas exclusivement au cours d'un autre trouble mental (p. ex., un delirium, un Trouble : État de stress post-traumatique) et ne sont pas liés aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F51.4 1307.46] Terreurs nocturnes

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble des Terreurs nocturnes est la survenue répétée de terreurs nocturnes, c.-à-cl., de réveils soudains débutant habituellement par un cri de terreur ou des pleurs (Critère A). Les terreurs nocturnes surviennent généralement lors du premier tiers de la période principale de sommeil et durent entre 1 et 10 minutes. Les épisodes s'accompagnent d'activation neurovégétative et de manifestations comportementales reflétant une peur intense (Critère B). Durant un épisode, l'individu est difficile à réveiller et à réconforter (Critère C). Si l'individu se réveille après l'épisode de terreurs nocturnes, il ne rapporte pas avoir eu d'activité onirique ou n'en garde que quelques souvenirs fragmentaires sous forme d'images isolées. Le lendemain matin, au réveil, l'individu présente une amnésie de l'événement (Critère D). Les épi-

socles de terreurs nocturnes doivent être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). On ne doit pas faire le diagnostic de Terreurs nocturnes si les phénomènes récurrents sont liés aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère F). Les terreurs nocturnes sont aussi appelées Pavor Nocturnus.

Lors d'un épisode typique, l'individu s'assied subitement dans son lit et se met à crier ou à pleurer avec une expression d'effroi et des signes d'une intense anxiété (p. ex., tachycardie, polypnée, hyperhémie cutanée, transpiration, dilatation pupillaire, hypertonie musculaire). Le sujet ne réagit généralement pas aux efforts faits par son entourage pour le réveiller ou le réconforter. Si elle se réveille, la personne est confuse et désorientée pendant plusieurs minutes et éprouve une vague impression de terreur, habituellement non liée à un rêve. Bien que l'individu puisse se souvenir de façon fragmentaire d'images oniriques expressives, il ne rapporte pas de séquences oniriques narratives (comme dans les cauchemars). Le plus couramment, il ne se réveille pas complètement, se rendort et présente le lendemain matin, au réveil, une amnésie de l'épisode. Certains individus se remémorent vaguement avoir présenté un « épisode » la nuit précédente mais n'en ont aucun souvenir précis. Habituellement, un seul épisode survient par nuit, bien qu'occasionnellement plusieurs épisodes puissent se succéder par intervalles au cours de la même nuit.

Pour que l'on puisse porter le diagnostic, l'individu doit éprouver une souffrance ou un handicap cliniquement significatif. Une gêne en rapport avec les épisodes peut affecter les relations sociales. Les individus peuvent éviter des situations au cours desquelles d'autres personnes pourraient se rendre compte de leur problème, comme camper, passer la nuit chez des amis ou dormir avec quelqu'un.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. L'épisode est habituellement accompagné de hurlements, de cris, de pleurs ou de vocalisations incohérentes. L'individu peut s'opposer activement à des tentatives pour le tenir ou le toucher et peut même avoir des activités motrices plus élaborées (p. ex., se balancer, donner des coups de poing, se lever du lit ou prendre la fuite). Ces comportements semblent représenter des tentatives de protection ou de fuite face à une menace pour l'intégrité physique. Des épisodes comprenant simultanément des caractéristiques des terreurs nocturnes et du somnambulisme peuvent survenir. L'utilisation de sédatifs ou d'alcool, la privation de sommeil, une perturbation des horaires veille-sommeil, la fatigue et le stress physique ou émotionnel favorisent la survenue des épisodes.

Les enfants présentant des Terreurs nocturnes ne montrent pas une incidence plus élevée rie phénomènes psychopathologiques ou de troubles mentaux que la population générale. Des phénomènes psychopathologiques sont plus souvent associés aux Terreurs nocturnes de l'adulte. Les Terreurs nocturnes peuvent survenir de façon plus fréquente chez les individus présentant un trouble rie l'Axe 1, en particulier l'État de stress post-traumatique et l'Anxiété généralisée. Des troubles de la personnalité peuvent survenir chez les individus présentant des Terreurs nocturnes, particulièrement les Troubles *de* personnalité dépendante, schizoïde, et borderline. Des scores élevés pour l'anxiété et la dépression ont été observés aux inventaires de personnalité.

Examens complémentaires. Les terreurs nocturnes surviennent pendant le sommeil profond non paradoxal caractérisé par une activité lente (delta) à l'EEG. Cette activité EEG est surtout prédominante durant les stades 3 et 4 du sommeil non- paradoxal, qui sont concentrés lors du premier tiers de la période principale de sommeil. Par conséquent, les terreurs nocturnes sont plus susceptibles de se produire pendant le premier tiers de la nuit. Néanmoins, les épisodes peuvent survenir à n'importe quel moment pendant le sommeil à ondes lentes, même la journée pendant une sieste. Le début d'une terreur nocturne est typiquement annoncé par une activité EEG delta de haut voltage, une augmentation du tonus musculaire, une accélération de la fréquence cardiaque de deux à trois fois la normale allant souvent jusqu'à 120 pulsations à la minute. Pendant l'épisode, la polysomnographie peut être parasitée par des artefacts de mouvements. En l'absence d'artefacts, l'EEG montre typiquement une activité thêta ou alpha pendant l'épisode, ce qui indique un éveil partiel. Les individus présentant des Terreurs nocturnes peuvent aussi présenter de brusques éveils pendant le sommeil profond non paradoxal qui n'évoluent pas vers des épisodes complets de terreurs nocturnes. Ces épisodes peuvent comprendre une tachycardie paroxystique.

Examen physique et affections médicales générales associées. La fièvre et la privation de sommeil peuvent provoquer une augmentation de la fréquence des épisodes de terreurs nocturnes.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il n'existe pas d'arguments déterminants en faveur d'une différence culturelle dans les manifestations (les Terreurs nocturnes, bien que la signification et l'étiologie des épisodes de terreurs nocturnes varient selon les cultures. Les enfants plus âgés et les adultes se remémorent d'une façon plus détaillée les images inquiétantes liées aux terreurs nocturnes que les plus jeunes enfants qui sont plus susceptibles de présenter une amnésie totale ou *de* rapporter quelque vague sensation de crainte. Chez les enfants, les Terreurs nocturnes sont plus fréquentes chez les filles. Chez l'adulte, la répartition est la même dans les deux sexes.

Prévalence

Il n'existe que peu de données sur les Terreurs nocturnes dans la population générale. La prévalence des épisodes de terreurs nocturnes (à l'inverse du trouble des Terreurs nocturnes où il y a récurrence et souffrance ou handicap) a été estimée entre 1 à 6 % chez l'enfant et à moins de **1 %** chez l'adulte.

Évolution

Les terreurs nocturnes débutent habituellement chez l'enfant entre 4 et 12 ans et disparaissent spontanément pendant l'adolescence. Chez l'adulte, elles surviennent le plus souvent entre 20 et 30 ans et évoluent généralement de façon chronique, avec une fréquence et une sévérité qui varie selon les moments. La fréquence des épisodes varie chez un même individu et entre individus. Les épisodes surviennent habituellement à des jours ou des semaines d'intervalle mais peuvent se produire au cours de nuits consécutives.

Aspects familiaux

Les individus présentant des terreurs nocturnes rapportent fréquemment une histoire familiale *de* terreurs nocturnes ou de somnambulisme. Certaines études montrent prévalence des Terreurs nocturnes chez les parents biologiques du premier degré des sujets atteints augmentée de dix Fois. Le mode exact de transmission est inconnu.

Diagnostic différentiel

Beaucoup d'individus présentent des épisodes isolés de terreurs nocturnes au cours de leur vie. La distinction entre épisodes isolés de terreurs nocturnes et trouble : Terreurs nocturnes réside, pour ce dernier, en la répétition des épisodes, la sévérité, le handicap ou la souffrance cliniquement significative et le danger potentiel de s'infliger ou d'infliger à autrui des dommages corporels.

Les Terreurs nocturnes doivent être différenciées d'autres troubles provoquant des éveils totaux ou partiels la nuit et des comportements inhabituels pendant le sommeil. Les diagnostics différentiels les plus importants des Terreurs nocturnes comportent le Trouble : Cauchemars, le Somnambulisme, d'autres parasomnies (voir Parasomnie non spécifiée), le Trouble du sommeil lié à la respiration et l'épilepsie nocturne. A l'inverse des individus présentant des Terreurs nocturnes, et typiquement, les individus présentant un Trouble : Cauchemars se réveillent facilement et pleinement de leurs épisodes, rapportent des rêves expressifs inquiétants liés aux épisodes qui surviennent plutôt en fin de nuit. L'intensité de l'activation neurovégétative et de l'activité motrice est moindre dans les Terreurs nocturnes ainsi que la remémoration de l'épisode. Les terreurs nocturnes surviennent habituellement pendant le sommeil à ondes lentes alors que les cauchemars surviennent pendant le sommeil paradoxal. Les parents d'enfants présentant des Terreurs nocturnes peuvent considérer les sentiments d'inquiétude et l'imagerie onirique fragmentaire comme reflétant des cauchemars.

Le Somnambulisme peut être difficile à distinguer des Terreurs nocturnes où l'activité motrice prédomine. De fait, les deux troubles surviennent fréquemment chez un même individu et l'histoire familiale implique couramment les deux troubles. Le cas typique de trouble : Terreurs nocturnes comprend une prédominance d'activation neurovégétative et de sentiments de peur, et une activité motrice moindre qui tend à être soudaine et désorganisée. Un cas typique de Somnambulisme comprend peu d'activation neurovégétative et de sentiments de peur, et une importante activité motrice bien organisée.

Les Parasomnies non spécifiées comportent de nombreuses manifestations cliniques pouvant ressembler aux Terreurs nocturnes. La plus courante est le Trouble du comportement lié au sommeil paradoxal qui se manifeste également par une crainte subjective, une activité motrice violente et un danger de dommage corporel. Ce trouble survenant pendant le sommeil paradoxal, il implique des rêves expressifs narratifs, un éveil plus rapide et meilleur ainsi qu'une activité motrice clairement en rapport avec le contenu onirique. Les dystonies paroxystiques nocturnes comprennent également des éveils s'accompagnant d'une activité motrice, mais celle-ci est plus longue, plus rythmique et stéréotypée et n'est pas liée à des sentiments ou des signes objectifs d'inquiétude.

Les hallucinations hypnagogiques, qui peuvent survenir sporadiquement chez des individus asymptomatiques par ailleurs et plus régulièrement chez ceux présentant une Narcolepsie, peuvent être liées à de l'anxiété. Ces épisodes se différencient des ter-

reurs nocturnes par leur survenue au moment de l'endormissement, par l'imagerie expressive et la sensation subjective d'éveil.

Il est rare qu'un individu présentant un **Trouble du sommeil lié à la respiration** ait des épisodes d'éveils s'accompagnant d'inquiétude ou de panique évoquant les Terreurs nocturnes. L'association avec un ronflement, de l'obésité, et des symptômes respiratoires comme des apnées, une difficulté à respirer ou des épisodes de suffocation caractérisent le Trouble du sommeil lié à la respiration. Un épisode isolé de terreur nocturne peut aussi survenir durant un rebond de sommeil à ondes lentes qui survient après traitement du syndrome (l'apnées obstructives (p. ex., après le traitement par pression d'air positive continue par voie nasale).

Les **crises convulsives** survenant pendant le sommeil peuvent provoquer une sensation subjective de peur et des comportements stéréotypés suivis par une confusion et des difficultés à se réveiller. La plupart des crises convulsives nocturnes se produisent lors des transitions veille-sommeil, mais elles peuvent survenir pendant le sommeil à ondes lentes. L'incontinence et les mouvements tonico-cloniques suggèrent un trouble épileptique, mais des crises frontales ou temporales peuvent aussi provoquer des comportements complexes. Un EEG révèle souvent des anomalies intericales chez les individus présentant des convulsions liées au sommeil, mais un monitoring EEG pendant le sommeil peut être nécessaire pour obtenir un diagnostic différentiel définitif. La fragmentation du sommeil liée à l'épilepsie doit être diagnostiquée comme **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type parasomnie** (voir p. 752). Les autres Troubles du sommeil lié à une affection médicale générale sont rarement responsables de comportements inhabituels pendant le sommeil. L'apparition d'un comportement inhabituel pendant le sommeil chez un adulte d'âge moyen ou avancé doit rapidement faire évoquer un traumatisme crânien avec lésion interne ou une pathologie du système nerveux central comme une tumeur ou une infection.

Les épisodes de terreurs nocturnes peuvent aussi être aggravés ou induits par des médicaments comme les &presseurs du système nerveux central. Si les épisodes sont jugés liés aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'un médicament, le trouble doit être classifié comme **Trouble du sommeil induit par une substance, type parasomnie** (voir p. 757).

Le **Trouble panique** peut aussi causer de brusques éveils du sommeil profond non paradoxal s'accompagnant de sentiments d'inquiétude mais ces épisodes provoquent un réveil rapide et complet sans confusion, amnésie ou activité motrice typique des Terreurs nocturnes. Les individus présentant des Attaques de panique pendant le sommeil considèrent leurs symptômes comme quasi identiques à ceux survenant lors d'une Attaque de panique diurne. La présence d'Agoraphobie peut aussi aider à différentier les deux troubles.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont quasi identiques en ce qui concerne les Terreurs nocturnes à l'exception du fait que la CIM-10 limite explicitement la durée de l'épisode à moins de dix minutes.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Les Terreurs nocturnes sont virtuellement identiques aux Terreurs nocturnes de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS). La CITS décrit aussi les Éveils confusionnels qui peuvent survenir indépendamment ou en conjonction avec les Terreurs nocturnes. Les Éveils confusionnels sont caractérisés par de brefs éveils accompagnés *de* confusion mentale sans sensation de terreur ou déambulation et survenant pendant le sommeil à ondes lentes.

- **Critères diagnostiques des F51.4 [307.46] Terreurs nocturnes**

A. Épisodes récurrents de réveil brutal, survenant habituellement lors du premier tiers de la période principale de sommeil et débutant par un cri de terreur.

B. Présence au cours de chaque épisode d'une peur intense et d'une activation neurovégétative se traduisant par des symptômes tels que tachycardie, polypnée, transpiration.

C. Pendant l'épisode, la personne ne réagit que peu aux efforts faits par son entourage pour la réconforter.

D. Il n'y a pas de remémoration détaillée d'un rêve et la personne garde une amnésie de l'épisode.

E. Les épisodes sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération *du* fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F51.3 [307.46] Somnambulisme

Caractéristiques diagnostiques

Le Somnambulisme se caractérise essentiellement par des épisodes répétés de comportements moteurs complexes survenant pendant le sommeil et au cours desquels le sujet peut quitter son lit et se mettre à déambuler. Les épisodes de somnambulisme débutent durant le sommeil à ondes lentes et par conséquent surviennent le plus souvent au cours du premier tiers de la nuit (Critère A). Durant *les* épisodes, l'individu montre une

diminution de la vigilance et de la sensibilité, un visage inexpressif et ne réagit guère aux efforts de son entourage pour communiquer avec lui ou pour le réveiller (Critère B). S'il est réveillé pendant l'épisode (ou au réveil le lendemain matin), l'individu ne garde qu'un souvenir limité de l'épisode (Critère C). Après l'épisode, il peut éventuellement se produire une brève période (le confusion et de difficultés d'orientation, à la suite de quoi les fonctions cognitives et l'adéquation du comportement récupèrent entièrement (Critère D). Le Somnambulisme doit être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). On ne doit pas faire le diagnostic de Somnambulisme si le comportement est lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère F).

Les épisodes (le somnambulisme peuvent se traduire par des comportements très variables. Dans les épisodes légers (parfois appelés « éveils confusionnels ») l'individu peut simplement s'asseoir dans son lit, regarder autour de lui ou tirer à lui la couverture ou les draps. De façon plus typique, l'individu peut vraiment sortir du lit et se rendre aux toilettes, quitter sa chambre, monter ou descendre les escaliers, et même quitter l'immeuble. Les individus peuvent utiliser la salle de bains, manger et parler pendant les épisodes. Une course et des tentatives frénétiques pour échapper à une menace imaginaire peuvent aussi survenir. La plupart des comportements pendant l'épisode de somnambulisme sont routiniers et peu complexes. Toutefois, des comportements comme l'ouverture d'une porte fermée à clé et même l'utilisation d'une machine ont été décrits. En particulier chez l'enfant, le somnambulisme peut aussi comprendre des comportements inappropriés (p. ex., uriner dans un placard). La plupart des épisodes durent de plusieurs minutes à une demi-heure.

Les épisodes de somnambulisme peuvent se terminer par un éveil spontané suivi d'une brève période de confusion ou l'individu peut retourner au lit et continuer son sommeil jusqu'au matin. Parfois, l'individu peut se réveiller le lendemain à un autre endroit ou découvrir qu'il a réalisé quelques activités pendant la nuit, cela sans en avoir gardé aucun souvenir. Un vague souvenir (l'images oniriques fragmentaires peut être conservé après certains épisodes, mais habituellement sans remémoration de rêves narratifs typiques.

Pendant les épisodes de somnambulisme, les individus peuvent parler ou même répondre à des questions. Cependant, la parole est embrouillée et un véritable dialogue est rarement possible. Les individus peuvent répondre aux demandes de leur entourage pour qu'ils cessent leurs activités et retournent au lit. Néanmoins, ces comportements sont réalisés avec un faible niveau de vigilance et réveiller un individu d'un épisode de somnambulisme est habituellement très difficile. Une fois réveillé, l'individu reste confus pendant plusieurs minutes puis récupère ultérieurement un état de vigilance normal.

L'individu doit éprouver une souffrance ou un handicap cliniquement significatif pour que l'on puisse porter le diagnostic. Les individus peuvent éviter des situations au cours desquelles d'autres personnes pourraient se rendre compte de leur problème (p. ex., des enfants peuvent éviter la colonie de vacances ou de passer la nuit chez des amis ; des adultes peuvent éviter de dormir avec quelqu'un, de partir en vacances ou (le passer la nuit ailleurs qu'à la maison). Un isolement social ou des difficultés professionnelles peuvent en

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les stimulus internes (p. ex., une vessie trop remplie) ou externes (p. ex., du bruit) peuvent favoriser la survenue d'épisodes de somnambulisme, tout comme un stress psychosocial ou une consommation d'alcool ou de sédatifs. Certains individus présentant du somnambulisme rapportent aussi des épisodes de consommation d'aliments pendant la nuit dont ils gardent le plus souvent une amnésie complète ou partielle : ils peuvent ne s'en rendre compte que le lendemain matin. Les individus peuvent se blesser pendant les épisodes de somnambulisme en se cognant à des objets, en tombant dans les escaliers, en se promenant à l'extérieur et même en passant par la fenêtre. Le risque de dommage corporel est plus élevé si les épisodes de somnambulisme s'accompagnent de certaines caractéristiques évoquant les terreurs nocturnes comme des comportements de fuite ou de lutte. Les individus présentant du Somnambulisme et (les Terreurs nocturnes peuvent aussi blesser autrui lors de leurs épisodes.

D'autres parasomnies du sommeil non-paradoxal (p. ex., les Terreurs nocturnes) peuvent aussi survenir chez l'individu présentant du Somnambulisme. Le Somnambulisme de l'enfant n'est habituellement pas associé à d'autres troubles mentaux alors que chez l'adulte il peut être associé à des Troubles de la personnalité, des Troubles de l'humeur ou des Troubles anxieux.

Examens complémentaires. La polysomnographie de routine et un monitoring audiovisuel peuvent mettre en évidence les épisodes de somnambulisme. La plupart des épisodes de somnambulisme surviennent pendant les premières heures de sommeil, typiquement durant les stades 3 ou 4 du sommeil non paradoxal, bien que certains individus (p. ex., les personnes âgées) puissent présenter des épisodes au cours du stade 2 du sommeil non-paradoxal. L'EEG montre souvent une activité delta rythmique (hypersynchrone) et de haut voltage avant et pendant l'éveil. Des signes (l'éveil à l'EEG, comme une activité alpha, peuvent aussi apparaître en début d'épisode. D'ordinaire, l'EEG est parasité par des artefacts de mouvements pendant l'épisode. La fréquence cardiaque et le rythme respiratoire peuvent s'accélérer en début d'épisode. Ces caractéristiques peuvent apparaître durant un épisode de somnambulisme complet ou durant des événements comportementaux plus mineurs (comme un éveil confusionnel). Les autres particularités polysomnographiques peuvent comprendre une augmentation du nombre de changements de stade à partir des stades 3 et 4 et une diminution de l'efficacité du sommeil. En dehors d'une augmentation des stades 3 et 4 du sommeil non paradoxal, l'étude de l'architecture du sommeil est banale. Des apnées du sommeil et des mouvements périodiques des membres se rencontrent chez une minorité d'individus présentant du Somnambulisme.

Examen physique et affections médicales générales associées. La fièvre et la privation de sommeil peuvent provoquer une augmentation de la fréquence des épisodes de somnambulisme. Le syndrome (l'apnées obstructives, des mouvements périodiques des membres et d'autres troubles responsables dune importante fragmentation du sommeil à ondes lentes peuvent aussi être associés à des épisodes de somnambulisme. Une association entre la migraine et le Somnambulisme a été décrite. La narcolepsie et d'autres pathologies neurologiques ont été décrites clans un sous-groupe de sujets.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Il n'y a pas d'arguments déterminants en faveur d'une différence culturelle dans les manifestations du Somnambulisme, bien qu'il soit probable que la signification et l'étiologie du somnambulisme varient selon les cultures. Dans des échantillons cliniques, l'activité est violente pendant les épisodes de somnambulisme et plus fréquemment retrouvée chez l'adulte (particulièrement chez l'homme), alors que les comportements alimentaires survenant pendant les épisodes de somnambulisme se rencontrent plus souvent chez la femme. Le somnambulisme survient plus fréquemment chez la femme pendant l'enfance mais plus fréquemment à l'âge adulte chez l'homme.

Prévalence

Entre 10 et 30 % des enfants présentent au moins un épisode de somnambulisme, et 2 à 3 % de façon fréquente. La prévalence du Somnambulisme (caractérisé par des épisodes répétés et un handicap ou une détresse) est bien moindre, probablement entre 1 à 5 %. Des études épidémiologiques ont rapporté une prévalence chez l'adulte de 1 à 7 % d'épisodes de somnambulisme (et non du Trouble Somnambulisme), avec des épisodes hebdomadaires à mensuels survenant chez 0,5 à 0,7 % des individus.

Évolution

Une fois la marche acquise, le somnambulisme peut survenir chez l'enfant à n'importe quel âge, mais les premiers épisodes apparaissent le plus couramment entre 4 et 8 ans. La prévalence maximale se situe vers 12 ans. Le premier épisode ne survient que rarement à l'âge adulte, bien que certains comportements associés, comme la consommation d'aliments pendant la nuit, puissent survenir plusieurs années avant le somnambulisme. Dans ce cas, une étiologie spécifique comme l'utilisation d'une substance ou une affection neurologique doit rapidement être recherchée. La plupart des individus ayant un trouble de somnambulisme ont présenté des épisodes déjà pendant l'enfance. Habituellement, le somnambulisme de l'enfance se résout spontanément au début de l'adolescence, typiquement vers l'âge de 15 ans. Moins couramment, les épisodes peuvent avoir une évolution récurrente, avec une réapparition des épisodes chez le jeune adulte après une période d'interruption débutant à la fin de l'enfance. Le Somnambulisme de l'adulte montre souvent une évolution chronique, par poussées et rémissions. Les épisodes de somnambulisme peuvent survenir isolément à n'importe quel âge, mais le mode d'évolution le plus commun est une répétition d'épisodes survenant pendant plusieurs années.

Aspects familiaux

Il existe une agrégation familiale des cas de Somnambulisme. Jusqu'à 80 % des individus présentant un somnambulisme ont des antécédents familiaux de somnambulisme ou (le terreurs nocturnes. Environ 10 à 20 % des individus présentant un somnambulisme ont un parent biologique du premier degré qui présente également un somnambulisme. Le risque (lu somnambulisme est augmenté (jusqu'à 60 % de la descendance) lorsque les deux parents ont le trouble. Une transmission génétique est suggérée par une augmentation de la prévalence de la maladie chez les jumeaux monozygotes comparés aux jumeaux dizygotes, mais le mode exact de transmission n'est pas connu.

Diagnostic différentiel

De nombreux enfants présentent des épisodes de somnambulisme isolés ou peu fréquents, favorisés ou non par des événements déclenchants. La limite précise entre des **épisodes de somnambulisme sans signification clinique** et le trouble Somnambulisme n'est pas claire. Des épisodes fréquents ou entraînant des lésions, un comportement plus actif ou violent pendant les épisodes et l'altération sociale en résultant sont des éléments qui amènent les parents à demander de l'aide et qui justifient un diagnostic de Somnambulisme. De même, les épisodes qui persistent de l'enfance jusqu'à l'adolescence tardive, Ou qui apparaissent de novo chez l'adulte relèvent plus vraisemblablement du diagnostic de Somnambulisme.

Le Somnambulisme peut être difficile à distinguer des **Terreurs nocturnes** comprenant des tentatives de « fuite » face à un stimulus terrifiant. Dans les deux situations, l'individu effectue des mouvements, se réveille difficilement et garde une amnésie de l'événement. Un cri inaugural, (les signes d'effroi et de panique et une activation neurovégétative sont plus caractéristiques des Terreurs nocturnes. Le Somnambulisme et les Terreurs nocturnes peuvent survenir chez un même individu, auquel cas les deux diagnostics doivent être posés.

Le **Trouble du sommeil lié à la respiration,** et en particulier le syndrome d'apnées obstructives, peut aussi provoquer des éveils confusionnels avec amnésie subséquente. Cependant, le Trouble du sommeil lié à la respiration se caractérise également par des symptômes typiques de ronflement, d'arrêts respiratoires et (le somnolence diurne. Chez certains individus, le Trouble du sommeil lié à la respiration peut aussi favoriser des épisodes de somnambulisme.

Le « trouble du comportement lié au sommeil paradoxal » est une autre parasomnie (voir **Parasomnies non spécifiées)** qui peut être difficile à distinguer du Somnambulisme. Le « trouble du comportement lié au sommeil paradoxal » se caractérise par des épisodes de mouvements prononcés, de nature complexe et provoquant souvent des lésions corporelles. A l'inverse du Somnambulisme, le trouble du comportement lié au sommeil paradoxal survient au cours du sommeil paradoxal, souvent durant la dernière partie de la nuit. Les individus présentant un trouble du comportement lié au sommeil paradoxal sont facilement « réveillés » et rapportent des contenus oniriques plus détaillés et vivaces que les individus présentant un Trouble de somnambulisme. Un petit nombre d'individus peuvent présenter des éveils confusionnels comprenant une activité motrice et survenant, tant pendant le sommeil paradoxal que pendant le sommeil non paradoxal. Dans ce cas, un diagnostic de certitude devrait reposer sur une appréciation exhaustive de la clinique, de la polysomnographie et d'autres examens de laboratoire.

Une variété d'autres comportements peut survenir lors (l'éveils partiels du sommeil. Les éveils confusionnels ressemblent à tout point de vue aux épisodes de somnambulisme mais l'individu ne quitte pas son lit. L'« ivresse du sommeil » correspond à une transition prolongée entre l'état de veille et le sommeil survenant le matin, au réveil. Il peut être difficile de réveiller l'individu qui peut résister violemment aux efforts déployés. De même, l'absence (le déambulation ou de comportements plus complexes permet de la distinguer du Somnambulisme. Néanmoins, les éveils confusionnels comme l'ivresse du sommeil peuvent survenir chez des individus présentant du Somnambulisme.

Les **convulsions liées au sommeil** peuvent provoquer des épisodes de comportement inhabituels survenant pendant le sommeil. L'individu ne répond pas aux

injonctions de l'entourage pendant l'épisode et en garde une amnésie. Typiquement, dans l'épilepsie nocturne on retrouve des mouvements plus stéréotypés, répétitifs et moins complexes que dans le somnambulisme. Dans la plupart des cas, les individus présentant une épilepsie nocturne ont des épisodes similaires à l'état de veille. L'EEG montre des caractéristiques épileptiques, comme une activité paroxystique pendant l'épisode ou des anomalies intercritiques. Toutefois, la présence de crises convulsives nocturnes n'exclut pas la présence d'épisodes de somnambulisme. L'épilepsie nocturne doit être diagnostiquée comme **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, type parasomnie** (voir p. 752).

Le somnambulisme peut être induit par l'utilisation ou le sevrage d'une substance ou d'un médicament (p. ex., alcool, benzodiazépines, opiacés, nicotine, antipsychotiques, antidépresseurs tricycliques, hydrate de chloral). Dans ce cas, on doit faire le diagnostic de **Trouble du sommeil induit par une substance, type parasomnie** (voir p. 757).

La **Fugue dissociative** a quelques ressemblances superficielles avec le Somnambulisme. La fugue est rare chez l'enfant, survient typiquement alors que l'individu est éveillé, dure des heures ou des jours et n'est pas caractérisée par des troubles de la conscience. Le somnambulisme doit aussi être distingué de la **simulation** ou **d'autres comportements volontaires survenant pendant l'éveil,** bien que dans certains cas, cette distinction puisse être difficile. Les caractéristiques qui font suggérer le Trouble somnambulisme sont des antécédents dans l'enfance, des comportements stéréotypés ou de faible complexité pendant les épisodes de somnambulisme, l'absence de bénéfices secondaires tirés par l'individu de ses comportements nocturnes et la présence de caractéristiques polysomnographiques typiques comme des éveils répétés durant le sommeil non paradoxal. En outre, il est difficile de contrefaire le comportement particulier du somnambulisme en présence d'un observateur avisé ou par un enregistrement vidéo réalisé au laboratoire de sommeil.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et ceux du DSM-IV sont quasi identiques en ce qui concerne le Somnambulisme.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

Le Somnambulisme est virtuellement identique au Somnambulisme décrit dans la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS). La CITS comprend deux autres troubles qui peuvent avoir des caractéristiques communes au somnambulisme : les Éveils confusionnels et le Syndrome d'alimentation nocturne.

• Critères diagnostiques du F51.3 [307.46] Somnambulisme

A. Épisodes répétés au cours desquels le sujet quitte son lit et déambule pendant son sommeil ; ces épisodes surviennent habituellement au cours du premier tiers de la période principale de sommeil.

B. Au cours de ses déambulations, le sujet a un visage inexpressif, le regard fixe, et ne réagit guère aux efforts de son entourage pour communiquer avec lui ; il ne peut être réveillé qu'avec beaucoup de difficultés.

C. Au réveil (à la fin de l'épisode de somnambulisme ou le lendemain matin), le sujet ne garde aucun souvenir de l'épisode.

D. Quelques minutes après le réveil d'un épisode rie somnambulisme, les activités mentales et le comportement ne sont plus perturbés (bien qu'il puisse y avoir une brève période initiale de confusion et de désorientation).

E. Le somnambulisme est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F51.9 [307.471 Parasomnie non spécifiée

La catégorie des parasomnies non spécifiées est réservée aux perturbations caractérisées par des comportements anormaux ou par la survenue de phénomènes physiologiques se manifestant pendant le sommeil ou les transitions veille-sommeil et ne remplissant pas les critères d'une parasomnie spécifique. Les exemples comprennent :

1. Trouble du comportement lié au sommeil paradoxal : activité motrice, souvent de nature violente, se manifestant durant le sommeil paradoxal. Contrairement à ce que l'on observe dans le somnambulisme, ces épisodes surviennent plus tardivement au cours de la nuit et sont associés à des rêves dont le sujet garde un souvenir précis.

Paralysie du sommeil : une incapacité à réaliser ries mouvements volontaires au cours de la transition entre l'état de veille et le sommeil. Les épisodes

peuvent survenir à l'endormissement (hypnagogique) ou au réveil (hypnopompique). Les épisodes sont habituellement liés à une anxiété extrême et, dans certains cas, à la peur d'une mort imminente. Une paralysie du sommeil est communément présente, en tant que symptôme accessoire, dans la narcolepsie ; clans ce cas, elle ne doit pas être enregistrée séparément.

3. Situations clans lesquelles le clinicien conclut à une parasomnie mais est incapable de décider si elle est primaire, due à une affection médicale générale ou provoquée par une substance.

Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental

F51.0 [307.42] Insomnie liée à un autre trouble mental F51.1 [307.44] Hypersomnie liée à un autre trouble mental

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de l'Insomnie liée à un autre trouble mental et de l' Hypersomnie liée à un autre trouble mental sont la présence d'insomnie ou d'hypersomnie considérée comme temporellement et étiologiquement liée à un autre trouble mental. L'insomnie ou l'hypersomnie liée aux effets physiologiques directs d'une substance n'est pas incluse ici et doit être diagnostiquée comme Trouble du sommeil induit par une substance (voir p. 757). L'Insomnie liée à un autre trouble mental se caractérise par une plainte, d'une durée d'au moins un mois, de difficultés d'endormissement, d'éveils nocturnes fréquents ou de sensation marquée de sommeil non réparateur, entraînant une fatigue diurne ou une altération du fonctionnement diurne (Critère A). L'Hypersomnie liée à un autre trouble mental se caractérise par une plainte, d'une durée d'au moins un mois, soit d'épisodes de sommeil nocturne prolongés soit d'épisodes de sommeil diurne répétés (Critère A). Dans l'Insomnie et l'Hypersomnie liées à un autre trouble mental, les symptômes en rapport avec le sommeil sont à l'origine d'une souffrance significative ou interfèrent nettement avec d'importants domaines du fonctionnement personnel comme la profession ou les activités sociales (Critère B). L'insomnie ou l'hypersomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil (p. ex., Narcolepsie, Trouble du sommeil lié à la respiration, Parasomnie) et l'hypersomnie par une quantité insuffisante de sommeil (Critère D). La perturbation du sommeil ne peut pas être due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (Critère E).

Les perturbations du sommeil sont couramment retrouvées clans les autres troubles mentaux. Un diagnostic additionnel d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental n'est posé que si la perturbation du sommeil est la plainte principale et est suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique (Critère C). Les individus présentant cette forme (l'insomnie Ou (l'hypersomnie se focalisent habi-

tuellement sur leur perturbation du sommeil et ne mentionnent pas spontanément des symptômes caractéristiques du trouble mental concerné ; ces symptômes ne deviennent apparents qu'après un interrogatoire spécifique prolongé. Souvent, ils attribuent à leur mauvais sommeil les symptômes liés au trouble mental.

Dans de nombreux troubles mentaux, l'insomnie ou l'hypersomnie peut, à un certain moment, se révéler être le symptôme prédominant. Les individus présentant un Trouble dépressif majeur se plaignent souvent de difficultés d'endormissement, de sommeil interrompu, ou de réveils matinaux précoces sans possibilité de réendormissement. L'Hypersomnie liée à un Trouble de l'humeur est le plus souvent associée à un Trouble bipolaire, épisode le plus récent dépressif ou à un Épisode dépressif majeur avec caractéristiques atypiques. Les individus présentant une Anxiété généralisée rapportent souvent des difficultés d'endormissement et peuvent se réveiller au milieu de la nuit avec' des ruminations anxieuses. Certains individus présentant un Trouble panique éprouvent des Attaques *de* panique nocturnes qui peuvent provoquer une insomnie. Fréquemment, on rencontre une insomnie significative durant les périodes d'exacerbation de la Schizophrénie ou d'autres Troubles psychotiques mais elle n'est que rarement la plainte principale. Les Troubles de l'adaptation, les Troubles somatoformes et les Troubles de la personnalité sont d'autres troubles mentaux qui peuvent être liés à une insomnie.

Procédures d'enregistrement

Sur l'Axe I, le nom du diagnostic débute avec le type de perturbation du sommeil (c.-à-d. insomnie ou hypersomnie) suivi du nom du trouble de l'Axe I ou de l'Axe II lié à la perturbation du sommeil (p. ex., F51.0 [307.42] Insomnie liée à un Trouble dépressif majeur). Le nom du trouble spécifique lié à la perturbation du sommeil doit également être enregistré, selon le cas, sur l'Axe I ou sur l'Axe II.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les critères du trouble mental associé étant par définition remplis, l'Insomnie ou l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental comprend les particularités et caractéristiques du trouble mental concerné.

Les Individus présentant une Insomnie liée à un autre trouble mental peuvent montrer le même type d'éveils conditionnés et de conditionnement négatif que ceux rencontrés dans l'Insomnie primaire. Par exemple, ils peuvent signaler une augmentation *de* l'anxiété lorsque l'heure du coucher approche, une amélioration de leur sommeil en dehors de leur environnement habituel et une tendance à passer trop de temps au lit. On peut aussi retrouver une histoire *de* traitements médicamenteux multiples ou inappropriés pour leurs plaintes d'insomnie. Les Individus présentant une Hypersomnie liée à un autre trouble mental attireront l'attention sur des symptômes de fatigue, de « membres en plomb » ou *de* manque complet d'énergie. Un interrogatoire fouillé peut montrer que ces individus sont plus handicapés par ces symptômes liés à la fatigue que par une somnolence réelle. A l'anamnèse, on peut aussi retrouver une histoire d'utilisation inappropriée de médicaments stimulants ou de caféine.

Examens complémentaires. A la polysomnographie, les particularités (non diagnostiques) de l'Épisode dépressif majeur comprennent 1) un trouble de la continuité du sommeil tel qu'une latence d'endormissement prolongée, une augmentation des

éveils intermittents et un réveil matinal précoce, 2) une diminution des stades 3 et (sommeil à ondes lentes) du sommeil non-paradoxal comprenant un décalage de l'activité lente de la première période du sommeil non-paradoxal vers les périodes suivantes, 3) un raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal (c.-à-d. une première période de sommeil non-paradoxal écourtée), 4) une augmentation de la densité phasique du sommeil paradoxal (c.à.d, du nombre de mouvements oculaires rapides pendant le sommeil paradoxal), 5) une augmentation de la durée du sommeil paradoxal en début de nuit. Dans l'Épisode dépressif majeur, les anomalies du sommeil sont manifestes chez 40 à 60 % des patients ambulatoires et chez jusqu'à 90 % des patients hospitalisés. Il existe des éléments déterminants suggérant que la plupart de ces anomalies persistent après la rémission clinique et peuvent précéder la survenue d'un Épisode dépressif majeur.

Les caractéristiques polysomnographiques de l'Épisode maniaque sont semblables à celles de l'Épisode dépressif majeur. Dans la Schizophrénie, le sommeil paradoxal est diminué au début de l'évolution d'une poussée aiguë de la maladie, et revient progressivement à des valeurs normales en fonction de l'amélioration clinique. La latence du sommeil paradoxal peut être raccourcie. Le temps total de sommeil est souvent fortement écourté dans la Schizophrénie et le sommeil à oncles lentes est typiquement diminué lors des périodes d'exacerbation. Les individus présentant un Trouble panique peuvent montrer des éveils paroxystiques lors des entrées en stade 3 et 4 du sommeil non-paradoxal ; ces éveils sont accompagnés de tachycardie, d'augmentation du rythme respiratoire et de symptômes cognitifs et émotionnels propres aux Attaques de panique. La plupart des autres troubles mentaux provoquent des perturbations non spécifiques du sommeil (p. ex., une augmentation de la latence d'endormissement ou de nombreux éveils).

L'évaluation de la somnolence diurne en laboratoire de sommeil par le test itératif d'endormissement montre souvent, chez les individus présentant de l'hypersomnie liée à un autre trouble mental, une somnolence physiologique normale ou légèrement augmentée en comparaison avec les individus présentant de l'Hypersomnie primaire ou de la Narcolepsie.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant une Insomnie ou une Hypersomnie liée à un autre trouble mental peuvent apparaître las, fatigués ou hagards lors d'un examen de routine. Les éventuelles affections médicales générales associées à ces Troubles du sommeil sont celles sous-jacentes aux troubles mentaux concernés.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Dans certaines cultures, les plaintes de sommeil sont considérées comme moins gênantes que celles évoquant un trouble mental. De ce fait, les individus provenant d'un certain milieu culturel rapportent plus facilement des plaintes d'insomnie ou d'hypersomnie que d'autres symptômes comme la dépression ou l'anxiété.

Par rapport aux adultes, les enfants et les adolescents présentant un Trouble dépressif majeur éprouvent habituellement moins de perturbations du sommeil et montrent moins d'anomalies polysomnographiques. En général, l'hypersomnie est une caractéristique des Troubles dépressifs des adolescents ou des jeunes adultes et l'insomnie est plus commune chez le sujet âgé. Les Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental sont plus fréquents chez la femme. Cette différence entre les sexes est

probablement plus liée à la plus grande prévalence des Troubles de l'humeur ou des Troubles anxieux chez la femme, qu'à une différence particulière de susceptibilité à présenter des problèmes de sommeil.

Prévalence

Les problèmes de sommeil sont extrêmement répandus dans tous les types de troubles mentaux, mais nous ne possédons pas d'estimations précises pour les individus consultant principalement pour altération du sommeil. Le diagnostic le plus fréquemment posé (dans 35 à 50 % des cas) chez des individus présentant une insomnie chronique vus dans un centre spécialisé dans les troubles du sommeil, est celui d'Insomnie liée à un autre trouble mental. L'Hypersomnie liée à un autre trouble mental est un diagnostic moins souvent posé (moins de 5 % des cas) parmi les individus vus pour hypersomnie dans un centre spécialisé dans les troubles du sommeil.

Évolution

L'évolution du Trouble du sommeil lié à un autre trouble mental suit en général celle du trouble mental sous-jacent. La perturbation du sommeil peut être l'un des symptômes précoces apparaissant chez l'individu qui développera subséquemment un trouble mental associé. Ordinairement, les symptômes d'insomnie ou d'hypersomnie fluctuent considérablement clans le temps. Pour beaucoup d'individus présentant une dépression, particulièrement ceux traités par des médicaments, la perturbation du sommeil peut s'améliorer rapidement, et souvent plus promptement que les autres symptômes du trouble mental sous-jacent. Néanmoins, d'autres individus présentent une insomnie intermittente ou persistante, même après résolution des autres symptômes de leur Trouble dépressif majeur. Les individus présentant un Trouble bipolaire montrent des symptômes en rapport avec le sommeil, distincts suivant la nature de l'épisode. Pendant l'Épisode maniaque, les individus éprouvent de l'hyposomnie, bien qu'ils ne se plaignent que rarement de leur incapacité à trouver le sommeil. D'un autre côté, lors des Épisodes dépressifs majeurs, ces individus peuvent éprouver une importante souffrance en raison de leur hypersomnie. Les individus présentant des Troubles psychotiques peuvent montrer une aggravation notable de leur sommeil en début d'évolution d'une exacerbation aiguë, mais rapportent une amélioration dès l'atténuation des symptômes psychotiques.

Diagnostic différentiel

On ne doit pas faire le diagnostic d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental chez chaque individu présentant un trouble mental accompagné de symptômes en rapport avec le sommeil. Un diagnostic d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental doit être porté que si les symptômes en rapport avec le sommeil sont sévères et justifient par eux-mêmes un examen clinique. Un diagnostic distinct de trouble du sommeil ne se justifie pas pour la plupart des individus présentant un **Trouble dépressif majeur** rapportant des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil en milieu de nuit. Toutefois, lorsque les plaintes principales concernent des perturbations du sommeil ou si l'insomnie est une plainte disproportionnée par rapport aux autres symptômes, un diagnostic additionnel d'Insomnie liée à un autre trouble mental peut être justifié.

Distinguer **l'Insomnie primaire ou l'Hypersomnie primaire** de l'Insomnie ou de l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental peut être particulièrement ardu chez l'individu présentant à la fois, et de façon cliniquement significative, une perturbation du sommeil et d'autres symptômes d'un trouble mental. Le diagnostic d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental repose sur trois appréciations. Premièrement, l'insomnie ou l'hypersomnie est jugée comme attribuable au trouble mental (p. ex., l'insomnie ou l'hypersomnie survient exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble mental). Deuxièmement, l'insomnie ou l'hypersomnie doit être la plainte principale et elle est suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique. Troisièmement, la symptomatologie doit répondre entièrement aux critères d'un autre trouble mental. Un diagnostic d'Insomnie primaire ou d'Hypersomnie primaire est approprié lorsque (c'est souvent le cas) l'insomnie ou l'hypersomnie est accompagnée de symptômes (p. ex., anxiété, humeur dépressive) ne remplissant pas les critères d'un trouble mental spécifique. Un diagnostic d'Insomnie primaire est aussi approprié pour les Individus présentant une insomnie chronique et qui développent ultérieurement un Trouble Anxieux ou un Trouble de l'humeur. Lorsque les symptômes d'insomnie ou d'hypersomnie persistent longtemps après la disparition des autres symptômes du trouble mental concerné, le diagnostic (l'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental doit être remplacé par celui d'Insomnie primaire ou d'Hypersomnie primaire.

On ne fait pas le diagnostic d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un autre trouble mental si le tableau clinique est mieux expliqué par un **autre Trouble du sommeil** (p. ex., Narcolepsie, Trouble du sommeil lié à la respiration, Parasomnie).

L'Insomnie ou l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental doit être distinguée d'un **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale.** Le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale doit être posé lorsque la perturbation du sommeil parait liée aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., phéochromocytome, hyperthyroïdie). Cette décision repose sur l'histoire de la maladie, les examens de laboratoire ou l'examen physique (voir p. 752 pour une discussion plus détaillée). Un **Trouble du sommeil induit par une substance** se distingue de l'Insomnie ou de l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental par le fait qu'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament) est jugée étiologiquement liée à la perturbation du sommeil (voir p. 757 pour une discussion plus détaillée). Par exemple, l'insomnie survenant uniquement dans un contexte d'une consommation élevée de café sera diagnostiquée Trouble du sommeil induit par la caféine, type insomnie.

L'Insomnie ou l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental doit être différenciée des autres Troubles du sommeil mais aussi du **sommeil normal.** Bien que des plaintes occasionnelles d'insomnie ou d'hypersomnie soient courantes dans la population générale, elles ne sont pas habituellement accompagnées (le symptômes évoquant un trouble mental. Les perturbations transitoires du sommeil sont des réactions banales face aux événements de vie stressants et, en général, ne justifient pas de diagnostic. Un diagnostic distinct d'Insomnie ou d'Hypersomnie liée à un Trouble de l'adaptation peut être envisagé seulement dans les cas où la perturbation du sommeil est particulièrement sévère et prolongée.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 ne prévoit pas de catégories séparées pour le Trouble du sommeil liés à un autre trouble mental.

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

La Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) comprend des diagnostics analogues pour les Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental et répertorie spécifiquement les Psychoses, les Troubles de l'humeur, les Troubles anxieux, le Trouble panique et l'Alcoolisme.

Critères diagnostiques de F51.0 [307.42] L'Insomnie liée *à... [indiquer le trouble de* **l'Axe I** *ou de l'Axe* **III**

A. La plainte essentielle, d'une durée d'au moins un mois, est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, entraînant une fatigue diurne ou une altération du fonctionnement diurne.

B. La perturbation du sommeil (ou ses conséquences diurnes) est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'insomnie est liée à un autre trouble de l'Axe I ou de l'Axe II (p. ex., Trouble dépressif majeur, Anxiété généralisée, Trouble de l'adaptation avec anxiété), mais est suffisamment sévère pour justifier à elle seule un examen clinique.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil (p. ex., Narcolepsie, Trouble du sommeil lié à la respiration, Parasomnie).

E. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Critères diagnostiques de F51.1 1307.441 L'Hypersomnie liée *à... (indiquer le trouble de l'Axe I ou de* **l'Axe II)**

A. La plainte essentielle, d'une durée d'au moins un mois, est une somnolence excessive comme en témoignent des épisodes de sommeil prolongés ou des épisodes de sommeil diurne survenant presque tous les jours.

B. La somnolence excessive est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'hypersomnie est liée à un autre trouble de l'Axe I ou de l'Axe II (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique), mais est suffisamment sévère pour justifier à elle seule un examen clinique.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil (p. ex., Narcolepsie, Trouble du sommeil lié à la respiration, Parasomnie) ou par une quantité insuffisante de sommeil.

E. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Autres troubles du sommeil

G47.x [780.xx] Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale est une perturbation prononcée du sommeil dû à une affection médicale générale et suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique (Critère A). Les symptômes peuvent comprendre une insomnie, une hypersomnie, une parasomnie ou l'une ou l'autre combinaison de celles-ci. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent démontrer que la perturbation du sommeil est une répercussion physiologique directe d'une affection médicale générale (Critère B). La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme un Trouble de l'adaptation où le facteur de stress est une affection somatique

sévère (Critère C). Le diagnostic ne peut pas être posé si la perturbation survient exclusivement au cours d'un delirium (Critère D). Par convention, les troubles du sommeil causés par un Trouble du sommeil lié à la respiration (p. ex., apnées du sommeil) ou par la Narcolepsie ne sont pas inclus dans cette catégorie (Critère E). Les symptômes en relation avec le sommeil sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère F).

Avant de décider si la perturbation du sommeil est due à telle affection médicale générale, le clinicien doit (l'abord établir la présence de cette affection médicale générale. De plus, le clinicien doit démontrer que la perturbation du sommeil est étiologiquement liée, par un mécanisme physiologique, à l'affection médicale générale. Une évaluation complète et approfondie tenant compte de multiples facteurs est nécessaire pour faire cette appréciation. Bien qu'il n'existe pas de directives infaillibles pour décider du lien étiologique entre la perturbation du sommeil et l'affection médicale générale, quelques éléments peuvent orienter la prise de décision. Il en est ainsi de la notion d'une relation temporelle entre la survenue, l'exacerbation ou la rémission de l'affection médicale générale et la perturbation du sommeil. Un autre élément est la présence de caractéristiques atypiques d'un Trouble primaire du sommeil (p. ex., âge de survenue atypique ou absence d'histoire familiale). Des descriptions dans la littérature en faveur d'une association entre l'affection médicale générale en question et le développement d'un trouble du sommeil peuvent apporter une base de réflexion judicieuse pour l'évaluation d'un cas particulier. En outre, le clinicien doit aussi estimer que la perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble primaire du sommeil, un Trouble du sommeil induit par une substance ou un autre trouble mental (p. ex., un Trouble de l'adaptation). Les moyens de cette estimation sont développés plus amplement dans la section « Troubles mentaux dus à une affection médicale générale » (p. 209).

Sous-types

Les sous-types ci-dessous peuvent être utilisés pour indiquer quelle symptomatologie prédomine. Le tableau clinique d'un Trouble du sommeil spécifique dû à une affection médicale générale peut ressembler à celui du Trouble primaire du sommeil correspondant. Cependant, les critères du Trouble primaire du sommeil correspondant ne doivent pas être entièrement remplis pour que l'on puisse porter un diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale.

Type insomnie Ce sous-type concerne les plaintes (le sommeil caractérisées principalement par des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou par un sommeil non réparateur.

Type hypersomnie. Ce sous-type est utilisé lorsque les plaintes principales sont des épisodes de sommeil nocturnes exagérément prolongés ou une somnolence excessive pendant la journée.

Type **parasomnie** Ce sous-type concerne les perturbations du sommeil caractérisées principalement par des phénomènes comportementaux anormaux survenant en association avec le sommeil ou les transitions du sommeil.

Type mixte. Ce sous-type doit être utilisé pour désigner un problème de sommeil induit par une substance caractérisé par de multiples symptômes en rapport avec le sommeil sans que l'un d'entre eux ne prédomine.

Procédures d'enregistrement

Pour enregistrer le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale, le clinicien doit indiquer sur l'Axe I à la fois l'aspect phénoménologique propre à la perturbation, y compris le sous-type approprié, et l'affection médicale générale spécifique jugée responsable de la perturbation (p. ex., G47.0 [780.52] Trouble du sommeil causé par une thyréotoxicose, type insomnie). Le code CIM-9-MC pour l'affection médicale générale doit aussi être enregistré sur l'Axe III (p. ex., E05.9 [242.9] thyréotoxicose). (Voir annexe G pour la liste des codes diagnostiques CIM-9-MC pour les affections médicales générales.)

Caractéristiques et troubles associés

Examens complémentaires. Les données des examens de laboratoire reflètent l'affection médicale générale sous-jacente. Aucune caractéristique polysomnographique n'est spécifique de l'ensemble de la catégorie des Troubles du sommeil dus à une affection médicale générale. La plupart des affections médicales générales provoquent une diminution (le la durée totale de sommeil, une augmentation du nombre d'éveils, une diminution du sommeil à ondes lentes et (moins systématiquement) une diminution du sommeil paradoxal ou de la densité phasique du sommeil paradoxal. Certaines affections médicales provoquent (les caractéristiques polysomnographiques plus spécifiques. Par exemple, les individus présentant des fibromyalgies se plaignent de sommeil non réparateur et montrent souvent un type particulier d'activité EEG alpha pendant le sommeil non-paradoxal. Dans l'épilepsie nocturne, les décharges à l'EEG reflètent bien le type (l'épilepsie sous-jacente.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les individus présentant un Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale sont supposés présenter les signes physiques typiques de l'affection médicale générale sous-jacente. Les perturbations du sommeil peuvent résulter de multiples affections médicales et neurologiques comprenant (de façon non exhaustive) les maladies neurologiques dégénératives (p. ex., maladie de Parkinson, maladie de Huntington), les maladies cérébrovasculaires (p. ex., insomnie suite à une lésion vasculaire de la partie supérieure du tronc cérébral), les affections endocriniennes (p. ex., hypo- ou hyperthyroïdie, hypo- ou hypercorticisme), les infections virales et bactériennes (p. ex., hypersomnie liée à une encéphalite virale), la toux en rapport avec une maladie pulmonaire autre qu'une affection respiratoire liée au sommeil (p. ex., bronchite chronique) et les douleurs en rapport avec une maladie de l'appareil musculo-squelettique (p. ex., arthrite rhumatoïde, fibromyalgie). L'hypersomnie peut présenter un des symptômes clés de certaines maladies comme la dystrophie myotonique et le syndrome de Prader-Willi.

Diagnostic différentiel

Les perturbations du sommeil sont extrêmement fréquentes dans le delirium ; toutefois, un diagnostic distinct de Trouble du sommeil lié à une affection médicale générale n'est pas retenu si la perturbation survient exclusivement pendant l'évolution du delirium. Inversement, un diagnostic de Trouble du sommeil lié à une affection médicale générale peut être ajouté à un diagnostic de démence si la perturbation du sommeil est la conséquence directe d'un processus pathologique à l'origine de la démence. De

plus, la perturbation du sommeil doit faire partie des symptômes prépondérants de la maladie.

Le Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale doit être différencié d'une fragmentation du sommeil ordinairement lié à l'affection, des Troubles primaires du sommeil, des Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental et des Troubles du sommeil induits par une substance. De nombreux individus font l'expérience d'une **fragmentation du sommeil au cours de l'évolution d'une affection médicale générale ou d'une affection neurologique.** Dans la majorité des cas, ces plaintes ne nécessitent pas de diagnostic additionnel de Trouble du sommeil. Le diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale sera plutôt réservé aux cas où la perturbation du sommeil représente une caractéristique clinique manifeste, aux cas où des symptômes atypiques sont présents, ou si un traitement spécifique est demandé parce que l'individu est suffisamment affecté par les symptômes en rapport avec le sommeil ou par le handicap qui en résulte.

Les Troubles du sommeil dus à une affection médicale générale se caractérisent par des symptômes analogues à ceux des **Troubles primaires du sommeil.** Le diagnostic différentiel ne repose pas sur des symptômes spécifiques mais plutôt sur la présence ou l'absence d'une affection médicale générale jugée étiologiquement liée aux plaintes concernant le sommeil. Dans les cas particuliers de la **Narcolepsie** et du **Trouble du sommeil lié à la respiration,** l'étiologie de la perturbation du sommeil est supposée être une affection médicale générale. Pourtant, clans ces cieux exemples particuliers, l'affection médicale générale n'existe pas indépendamment des symptômes en rapport avec le sommeil. C'est pour cette raison que ces cieux troubles figurent dans la section « Troubles primaires du sommeil ».

Différencier un Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale d'un **Trouble du sommeil induit par une substance** peut s'avérer très ardu. Dans de nombreux cas, les individus présentant une affection médicale générale prennent des médicaments pour cette affection ; ces médicaments peuvent à leur tour causer des symptômes en rapport avec le sommeil. Par exemple, un individu peut présenter une fragmentation du sommeil lié à de l'asthme. Mais il peut aussi être traité par de la théophylline, qui peut, clans certains cas, être elle-même responsable de la perturbation du sommeil. Différencier un Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale d'un Trouble du sommeil induit par une substance repose souvent sur la chronologie, la réponse au traitement, ou à l'arrêt du traitement, et sur l'évolution longitudinale. Dans certains cas, un diagnostic conjoint de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale et de Trouble du sommeil induit par une substance peut être approprié. Dans des situations où l'on suspecte qu'une substance donnant lieu à abus est responsable du Trouble du sommeil, un dépistage urinaire ou sanguin peut apporter une aide pour différencier ce problème d'un Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale.

Lorsque le clinicien ne parvient pas à déterminer si la perturbation du sommeil est primaire, liée à un autre trouble mental, dû à une affection médicale générale ou induite par une substance, le diagnostic approprié est Dyssomnie ou Parasomnie non spécifiée.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne comprennent pas de critères diagnostiques pour le Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale.

Dans la CIM-10, cette catégorie est reprise dans le chapitre VI « Maladies du système nerveux ».

Correspondance avec la Classification Internationale des Troubles du Sommeil

La Classification Internationale des Troubles du Sommeil (CITS) comprend une section générale « Troubles du sommeil médicaux/psychiatriques ». Des diagnostics spécifiques sont prévus pour les Troubles du sommeil associés à des troubles neurologiques (avec une liste de 7 exemples) et les Troubles (lu sommeil associés à d'autres affections médicales (avec une liste de 7 exemples). Bien que seulement 14 affections médicales ou neurologiques soient spécifiquement citées dans la CITS, le clinicien peut diagnostiquer un Trouble du sommeil associé avec n'importe quelle autre affection médicale en utilisant simplement le code diagnostique approprié de la CIM-9-MC.

Critères diagnostiques du G47.x [780.xx] Trouble du sommeil dû *à... [indiquer l'affection médicale générale]*

A. Une perturbation prononcée du sommeil suffisamment sévère pour justifier à elle seule un examen clinique.

B. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires démontrent que la perturbation du sommeil est due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., un Trouble de l'adaptation où le facteur de stress est une affection somatique sévère).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

E. La perturbation ne remplit pas les critères d'un Trouble du sommeil lié à la respiration ou d'une Narcolepsie.

F. La perturbation du sommeil 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 :

.0 [.52] Type insomnie : si la perturbation du sommeil prédominante est une insomnie

.1 [.54] Type hypersomnie : si la perturbation du sommeil prédominante est une hypersomnie

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du G47.x [780.xx] Trouble du sommeil dû** *à... (indiquer l'affection médicale générale)* *(suite)*

.8 [.59] Type parasomnie : si la perturbation du sommeil prédominante est une parasomnie

.8 [.59] Type mixte : si plusieurs perturbations du sommeil sont présentes, aucune d'entre elles n'étant prédominante

Note de codage : ajouter le nom de l'affection somatique sur l'Axe 1, p. ex., G47.0 [780.52] Trouble du sommeil lié a une maladie pulmonaire chronique obstructive, type insomnie; enregistrer également l'affection somatique sur l'Axe III. (Voir annexe G pour les codes.)

F1x.8 Trouble du sommeil induit par une substance

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Trouble du sommeil induit par une substance est une perturbation prononcée du sommeil suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique (Critère A) et paraissant liée aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou l'exposition à un toxique) (Critère B). En fonction de la substance impliquée, quatre types distincts peuvent être observés. Les types insomnie et hypersomnie sont les plus fréquents, le type parasomnie le moins fréquent. Un type mixte peut aussi être observé quand plus d'un type de perturbation du sommeil est présent et qu'aucun ne prédomine. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble du sommeil non induit par une substance (Critère C). On ne porte pas le diagnostic si la perturbation du sommeil survient exclusivement au cours d'un delirium (Critère D). Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère E). Ce diagnostic doit prévaloir sur celui d'intoxication ou de sevrage à une substance, uniquement lorsque les symptômes en rapport avec le sommeil sont plus marqués que ceux rencontrés habituellement dans l'intoxication ou le syndrome de sevrage, et sont suffisamment sévères pour justifier par eux-mêmes un examen clinique. Pour une discussion plus détaillée des Troubles induits par une substance, voir p. 221.

Un Trouble du sommeil induit par une substance se distingue d'un Trouble primaire du sommeil et de l'Insomnie ou de l'Hypersomnie liée à un autre trouble mental sur la hase du mode de survenue et de l'évolution. Pour les substances donnant lieu à abus, on doit mettre en évidence un abus, une dépendance, une intoxication ou un sevrage par l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires. Le Trouble du sommeil induit par une substance survient seulement en association avec des états d'intoxication ou de sevrage tandis que les Troubles primaires du sommeil peuvent précéder le début d'utilisation de la substance ou survenir pendant

des périodes d'abstinence durable. Les périodes de sevrage pouvant être relativement prolongées avec certaines substances à demi-vie longue (p. ex., certaines benzodiazépines), la perturbation du sommeil peut survenir jusqu'à 4 semaines après l'arrêt de la substance mais se rencontrent habituellement dans les quelques jours qui suivent l'abstinence. Un autre élément est la présence de caractéristiques atypiques d'un Trouble primaire du sommeil (p. ex., âge de survenue atypique ou absence d'histoire familiale). Inversement, la perturbation du sommeil pourrait être attribuable à un Trouble primaire du sommeil si une perturbation du sommeil persiste au-delà d'environ un mois après la fin d'une période d'intoxication ou de sevrage ; si l'apparition de symptômes est nettement disproportionné par rapport à ce que laissent supposer le type, la quantité ou la durée d'utilisation de la substance ; enfin, s'il existe la notion anamnestique d'un trouble du sommeil préexistant.

Spécifications et sous-types

Les sous-types ci-dessous peuvent être utilisés pour indiquer quelle symptomatologie prédomine. Le tableau clinique d'un Trouble du sommeil induit par une substance peut ressembler à celui du Trouble primaire du sommeil correspondant. Cependant, les critères du Trouble primaire du sommeil correspondant ne doivent pas être entièrement remplis pour que l'on puisse porter un diagnostic de Trouble du sommeil induit par une substance.

Type insomnie Ce sous-type concerne les plaintes de sommeil caractérisées principalement par des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou par un sommeil non réparateur.

Type hypersomnie. Ce sous-type est utilisé lorsque les plaintes principales sont des épisodes de sommeil nocturnes exagérément prolongés ou une somnolence excessive pendant la journée.

Type parasomnie Ce sous-type concerne les perturbations du sommeil caractérisées principalement par des phénomènes comportementaux anormaux survenant en association avec le sommeil ou les transitions du sommeil.

Type mixte. Ce sous-type doit être utilisé pour désigner un problème de sommeil induit par une substance caractérisé par de multiples symptômes en rapport avec le sommeil sans que l'un d'entre eux ne prédomine.

Le contexte de survenue des symptômes de sommeil peut être précisé à l'aide d'une des spécifications ci-après.

Survenue pendant l'intoxication. Cette spécification doit être utilisée si les critères de l'intoxication à la substance sont remplis et si les symptômes apparaissent durant le syndrome d'intoxication.

Survenue pendant le sevrage. Cette spécification doit être utilisée si les critères de sevrage à la substance sont remplis et si les symptômes apparaissent durant ou peu de temps après un syndrome de sevrage.

Procédures d'enregistrement

Le dénomination du Trouble du sommeil induit par une substance débute par le nom de la substance spécifique (p. ex., alcool, méthylphénidate, thyroxine) considérée comme responsable de la perturbation du sommeil. Le code diagnostique est sélec-

tionné parmi ceux de la liste des catégories de substances indiquée dans les critères diagnostiques du Trouble du sommeil induit par une substance. Pour les substances ne correspondant à aucune de ces catégories (p. ex., thyroxine) le code pour « Autre substance » doit être utilisé. En outre, pour un traitement prescrit à doses thérapeutiques, la médication spécifique doit être indiquée en utilisant le code E approprié (voir annexe G). Le nom du trouble (p. ex., Trouble du sommeil induit par la caféine) est suivi par le sous-type qui correspond à la symptomatologie prédominante et par la spécification du contexte de survenue des symptômes (p. ex., F15.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la caféine, type insomnie, survenue pendant l'intoxication). Lorsque plus d'une substance semblent jouer un rôle significatif dans le développement de la perturbation du sommeil, chacune de ces substances doit être répertoriée séparément (p. ex., F14.8 [292.89] Trouble du sommeil induit par la cocaïne, type insomnie, survenue pendant l'intoxication ; F10.8 [291.8] Trouble du sommeil induit par l'alcool, type insomnie, survenue pendant le sevrage). Si une substance semble être un facteur étiologique, le nom spécifique ou la catégorie de la substance étant inconnu, la catégorie Trouble du sommeil induit par une substance inconnue peut être utilisée.

Substances spécifiques

Le Trouble du sommeil induit par une substance survient le plus couramment lors d'une intoxication avec les catégories de substances suivantes : amphétamine et substances amphétaminiques ; caféine ; cocaïne ; opiacés ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Des perturbations du sommeil se rencontrent moins couramment avec l'utilisation d'autres types de substances. Le Trouble du sommeil induit par une substance peut aussi survenir lors du sevrage d'une substance des catégories suivantes : alcool ; amphétamine et substances amphétaminiques ; cocaïne ; opiacés ; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Chaque Trouble du sommeil induit par une substance est associé à un EEG de sommeil particulier mais que l'on ne peut considérer comme ayant une valeur diagnostique pour le trouble concerné. Le profil de l'EEG *de* sommeil pour chaque substance dépend aussi du mode d'utilisation : intoxication, utilisation chronique, ou sevrage après l'arrêt de la substance.

Alcool. Le Trouble du sommeil induit par l'alcool est typiquement du type insomnie. Durant l'intoxication aiguë, l'alcool provoque typiquement un effet sédatif immédiat avec une augmentation de la somnolence et une diminution de la vigilance pendant 3 à 4 heures. A l'EEG de sommeil, on observe une augmentation des stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal et une diminution du sommeil paradoxal. Après cet effet initial, pendant le reste de la période de sommeil, l'individu montre une augmentation de la vigilance, un sommeil agité et souvent des rêves expressifs chargés d'anxiété. L'EEG de sommeil montre en outre, dans la seconde partie du sommeil après ingestion d'alcool, une diminution des stades 3 et 4 et une augmentation de l'éveil et du sommeil paradoxal. L'alcool peut aggraver un Trouble du sommeil lié à la respiration en augmentant le nombre d'événements apnéiques obstructifs. Lors d'une consommation habituelle prolongée, l'alcool continue de provoquer un effet sédatif de courte durée pendant quelques heures suivi d'une fragmentation du sommeil de quelques heures.

Pendant le Sevrage alcoolique, le sommeil est grossièrement perturbé. L'individu montre typiquement une continuité de sommeil extrêmement fragmentée, avec une augmentation de la quantité et de l'intensité du sommeil paradoxal. Cela s'accompagne souvent d'une augmentation de l'activité onirique expressive ce qui, dans les cas les

plus sévères, fait partie du Delirium du sevrage alcoolique. Après le sevrage, les individus ayant consommé chroniquement de l'alcool peuvent continuer a se plaindre d'un sommeil léger et fragmenté pendant (les semaines ou des années. Dans ces cas, l'EEG de sommeil confirme la persistance d'un déficit en sommeil à oncles lentes et de perturbations de la continuité du sommeil.

Amphétamines et stimulants apparentés. Le trouble du sommeil induit par l'amphétamine est caractérisé par une insomnie pendant l'intoxication et une hypersomnie pendant le sevrage. Pendant la période d'intoxication aiguë, les amphétamines diminuent la quantité totale de sommeil, augmentent la latence d'endormissement et perturbent la continuité du sommeil, augmentent les mouvements corporels et diminuent le sommeil paradoxal. On retrouve une tendance à la diminution du sommeil à oncles lentes. A l'arrêt d'une utilisation chronique d'amphétamine, les individus éprouvent typiquement une hypersomnie comprenant à la fois un sommeil nocturne prolongé et une somnolence excessive pendant la journée. On peut observer un rebond de sommeil paradoxal et de sommeil à ondes lentes vers des valeurs supérieures aux valeurs de base. Le Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE) peut également montrer, pendant la phase de sevrage, une augmentation *de* la somnolence diurne.

Caféine. Le Trouble du sommeil induit par la caféine est typiquement responsable d'insomnie, bien que certains individus puissent présenter des plaintes d'hypersomnie ou de somnolence diurne en relation avec le sevrage (voir p. 879). La caféine exerce un effet dose-dépendant, des closes élevées causant une augmentation de l'éveil et une diminution de la continuité du sommeil. La polysomnographie peut montrer une augmentation de la latence d'endormissement, une augmentation de l'éveil et une diminution du sommeil à ondes lentes. Il n'existe pas d'effets reproductibles décrits sur le sommeil paradoxal. L'arrêt brutal d'une consommation chronique de caféine peut provoquer de l'hypersomnie. Certains individus peuvent aussi éprouver une hypersomnie entre les différentes doses journalières de caféine, lorsque l'effet stimulant s'estompe.

Cocaïne. Comme pour les autres stimulants, la cocaïne provoque une insomnie pendant l'intoxication et une hypersomnie pendant le sevrage. Lors de l'intoxication aiguë, le temps total de sommeil peut être fortement réduit à quelques courtes poussées de sommeil très fragmenté. Inversement, l'arrêt de la cocaïne après une consommation effrénée (« *binge* ») est souvent associé à une durée de sommeil extrêmement prolongée.

Opiacés. Au cours d'une utilisation de courte durée, les opiacés produisent typiquement une augmentation de la somnolence et de l'impression subjective de profondeur du sommeil. Le sommeil paradoxal est typiquement réduit lors de l'administration aiguë d'opiacés avec peu de changements globaux de l'éveil ou du temps total de sommeil. Lors d'une administration prolongée, la plupart des individus deviennent tolérants aux effets sédatifs des opiacés et peuvent se plaindre d'insomnie. Ceci se traduit par l'augmentation de l'éveil et la diminution du temps de sommeil à la polysomnographie. L'arrêt des opiacés s'accompagne typiquement de plaintes d'hypersomnie, bien que peu d'études objectives l'aient démontré.

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Les médicaments appartenant à cette catégorie (p. ex., les barbituriques, les benzodiazépines, le méprobamate, le glutéthimide et le méthylprylon) ont des effets sur le sommeil similaires mais non identiques. Les différences de durée d'action et de demi-vie peuvent influencer les plaintes et les mesures objectives du sommeil. En général, les barbituriques et les anciens médicaments non barbituriques et non benzodiazépiniques provoquent plus régulièrement de la tolérance, de la dépendance, et un sevrage sévère, mais ces phénomènes peuvent aussi se rencontrer avec des benzodiazépines.

Pendant l'intoxication aiguë, les médicaments sédatifs-hypnotiques provoquent l'augmentation attendue de la somnolence et une diminution de l'éveil. La polysomnographie confirme les effets subjectifs de l'administration aiguë, et montre une diminution du sommeil paradoxal et une augmentation du nombre de fuseaux du sommeil. L'utilisation chronique (en particulier de barbituriques et d'anciens médicaments non barbituriques et non benzodiazépiniques) peut provoquer une tolérance entraînant une réapparition de l'insomnie. Si l'individu augmente alors la dose, une hypersomnie diurne peut survenir. Les médicaments sédatifs-hypnotiques peuvent aggraver le Trouble du sommeil lié à la respiration en augmentant le nombre et la sévérité d'événements apnéiques obstructifs.

Après utilisation chronique de médicaments sédatifs-hypnotiques, l'arrêt brutal peut provoquer une insomnie liée au sevrage. Le sevrage peut causer, en plus de la diminution de la durée de sommeil, de l'anxiété, des tremblements et de l'ataxie. Les barbituriques et les anciens médicaments non barbituriques et non benzodiazépiniques sont aussi associés à une incidence élevée de convulsions liées au sevrage qui sont nettement moins fréquentes avec les benzodiazépines. Typiquement, les médicaments sédatifs-hypnotiques à courte durée d'action sont plus susceptibles d'être à l'origine de plaintes d'insomnie liée au sevrage, alors que l'utilisation de ceux à longue durée d'action entraînent plus souvent une hypersomnie pendant la journée. Néanmoins, tout médicament sédatif-hypnotique peut potentiellement provoquer une somnolence diurne ou une insomnie liée au sevrage. Le sevrage des médicaments sédatifs- hypnotiques peut être confirmé par la polysomnographie qui montre une réduction de la durée du sommeil, une augmentation de la fragmentation du sommeil et un « rebond » de sommeil paradoxal.

Autres substances. D'autres substances peuvent provoquer des perturbations du sommeil. Les exemples courants sont les médicaments influençant le système nerveux central ou autonome (y compris les agonistes et antagonistes adrénergiques, les agonistes et antagonistes cholinergiques, les agonistes et antagonistes sérotoninergiques, les antihistaminiques et les corticostéroïdes). Ces médicaments sont prescrits en clinique pour le traitement de l'hypertension ou des arythmies cardiaques, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, des problèmes de motilité gastro- intestinale ou des processus inflammatoires.

Diagnostic différentiel

Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés dans un contexte d'Intoxication par une substance ou de Sevrage à une substance. Un diagnostic de Trouble du sommeil induit par une substance sera posé au lieu de ceux **d'Intoxication par une substance** ou de **Sevrage à une substance** seulement si l'on estime que la perturbation du sommeil excède ce qui est habituellement observé dans l'intoxication ou le syndrome

de sevrage et lorsque la perturbation est suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique. Par exemple, une insomnie est une caractéristique du Sevrage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Un Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques doit être diagnostiqué au lieu d'un Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques seulement si l'insomnie est plus sévère que celle habituellement rencontrée dans le Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et si elle justifie par elle-même un examen et un traitement. Lorsque la perturbation du sommeil induite par une substance survient au cours d'un **delirium,** la perturbation du sommeil est considérée comme une caractéristique associée au delirium et ne doit pas être diagnostiquée séparément. Dans les **tableaux cliniques comprenant plusieurs symptômes induits par une substance** (p. ex., sommeil, humeur et anxiété), le type de catégorie diagnostique de Trouble induit par une substance à utiliser est fonction du type de symptômes qui prédomine dans le tableau clinique.

Un Trouble du sommeil induit par une substance se distingue d'un **Trouble primaire du sommeil** et d'une **Insomnie** ou d'une **Hypersomnie liée à un autre trouble mental** par le fait que la substance est jugée étiologiquement liée aux symptômes (voir p. 757).

Un Trouble du sommeil induit par une substance dans le cadre de la prescription d'un traitement pour un trouble mental ou une affection médicale générale doit survenir pendant que la personne prend le médicament (ou pendant le sevrage, si un syndrome de sevrage est associé à ce médicament). Une fois le traitement arrêté, la perturbation du sommeil disparaît généralement en quelques jours ou semaines (en fonction de la demi-vie de la substance et de l'existence d'un syndrome de sevrage). Toutefois, comme évoqué précédemment, certains problèmes de sommeil peuvent persister à une intensité moindre plusieurs mois après un sevrage de sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques. En dehors de ces exceptions, on doit envisager d'autres causes de perturbations du sommeil si les symptômes persistent au-delà de 4 semaines. Assez fréquemment, les individus présentant un Trouble primaire du sommeil utilisent des médicaments ou des substances pouvant donner lieu à abus dans le but de soulager leurs symptômes. Si le clinicien estime que la substance joue un rôle significatif dans l'exacerbation de la perturbation du sommeil, un diagnostic additionnel de Trouble du sommeil induit par une substance peut être justifié.

La distinction entre un Trouble du sommeil induit par une substance et un **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale** peut être difficile. Les deux peuvent provoquer des symptômes identiques d'insomnie, d'hypersomnie ou, plus rarement, de parasomnie. De plus, de nombreux individus présentant une affection médicale générale responsable de plaintes liées au sommeil sont traités par des médicaments pouvant également causer des perturbations du sommeil. La chronologie des symptômes est le facteur le plus important pour distinguer ces deux causes de perturbation du sommeil. Par exemple, une perturbation du sommeil qui précède clairement l'utilisation de tout médicament pour le traitement d'une affection médicale générale devrait suggérer un diagnostic de Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale. Inversement, des symptômes en rapport avec le sommeil survenant seulement après l'instauration d'un médicament particulier ou d'une substance devraient suggérer un Trouble du sommeil induit par une substance. De la même manière, une perturbation du sommeil survenant au cours du traitement d'une affection médicale générale et qui s'améliore à l'arrêt du traitement suggère un diagnostic de Trouble du sommeil induit par une substance. Lorsque le clinicien constate que la perturbation est

causée à la fois par l'affection médicale générale et l'utilisation d'une substance, les deux diagnostics (Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale et Trouble du sommeil induit par une substance) sont posés. Lorsqu'il y a incertitude quant à déterminer si la perturbation du sommeil est causée par une substance (y compris un médicament), par une affection médicale générale ou si elle est primaire (c.-à-d. non due à une substance ni à une affection médicale générale), on doit indiquer Parasomnie non spécifiée ou Dyssomnie non spécifiée.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

La CIM-10 ne prévoit pas de catégorie séparée pour le Trouble du sommeil induit par une substance.

Critères diagnostiques du F1x.8 Trouble du sommeil induit par une substance

A. Une perturbation prononcée du sommeil suffisamment sévère pour justifier par elle-même un examen clinique.

B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires de soit (1), soit (2) :

(1) Les symptômes du Critère A sont apparus pendant l'intoxication ou le sevrage d'une substance, ou moins d'un mois après.
(2) Une prise médicamenteuse est étiologiquement liée à la perturbation du sommeil.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble du sommeil non induit par une substance. Les exemples suivants suggèrent que les symptômes pourraient être attribuables à un trouble du sommeil non-induit par une substance : les symptômes précèdent le début d'utilisation de la substance (ou du médicament) ; les symptômes persistent longtemps (p. ex., un mois) après le sevrage aigu ou une intoxication sévère, ou sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laissent supposer le type, la quantité ou la durée d'utilisation de la substance ; mise en évidence d'éléments suggérant l'existence parallèle d'un trouble du sommeil non induit par une substance (p. ex., une anamnèse d'épisodes répétés de trouble du sommeil non lié à l'utilisation d'une substance).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

E. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F 1 x.8 Trouble du sommeil induit par une substance *(suite)*

N.-B. : Ce diagnostic doit prévaloir sur celui d'intoxication ou de sevrage a une substance. uniquement lorsque les symptomes en rapport axer le sommeil sont plus marqués que ceux rencontrés habituellement dans l'intoxication ou le syndrome de sevrage, et sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique.

Coder Trouble du sommeil induit par {Nom de la substance} :
F10.8 [291.89] Alcool ; F15.8 [292.89] Amphétamine ; F15.8 [292.89] Caféine ; F14.8 [292.89] Cocaïne ; F11.8 [292.89] Opiacés ; F1.3.8 {292.891 Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; F19.8 [292.89] Autre substance ou substance inconnue)

Spécifier le type :
Type insomnie si la perturbation du sommeil prédominante est une insomnie
Type hypersomnie · si la perturbation du sommeil prédominante est une hypersomnie
Type parasomnie : si la perturbation du sommeil prédominante est une parasomnie
Type mixte : si plusieurs perturbations du sommeil sont présentes, aucune d'entre elles n'étant prédominante.

Spécifier si (voir le tableau p. 209 si applicable à la substance)
Avec début pendant l'intoxication : si les critères de l'intoxication à la substance sont remplis et les symptômes apparaissent durant le syndrome d'intoxication.
Avec début pendant le sevrage : si les critères de sevrage à la substance sont remplis et si les symptômes apparaissent durant, ou peu de temps après, un syndrome de sevrage.

Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs

Ce chapitre regroupe des troubles du contrôle des impulsions qui ne sont pas décrits en d'autres endroits de ce manuel (des problèmes ayant trait au contrôle des impulsions peuvent p. ex., être observés parmi les éléments caractéristiques des Troubles liés à l'utilisation d'une substance, des Paraphilies, de la Personnalité antisociale, de la Schizophrénie ainsi que des Troubles de l'humeur). La caractéristique essentielle des Troubles du contrôle des impulsions est l'incapacité de résister à l'impulsion, à la tendance ou à la tentation d'accomplir un acte qui nuit à soi-même ou à autrui. Dans la plupart des troubles de ce chapitre, le sujet éprouve une sensation croissante de tension et d'excitation avant de commettre l'acte puis ressent du plaisir, de la gratification et du soulagement en passant à l'action. Après l'acte, on peut observer ou non du regret, une auto-accusation ou de la culpabilité. Ce chapitre regroupe les troubles suivants :

— le **Trouble explosif intermittent,** caractérisé par des épisodes distincts où le sujet ne parvient pas à résister à des impulsions agressives, ce qui aboutit à des voies de fait graves ou à la destruction de biens ;

— la **Kleptomanie,** caractérisée par 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 ;

— la **Pyromanie,** caractérisée par l'allumage d'incendies pour obtenir du plaisir, une gratification ou le soulagement d'une tension ;

— le **Jeu pathologique,** caractérisé par une conduite de jeu, répétée, persistante et inadaptée ;

— la **Trichotillomanie,** caractérisée par l'arrachage répété de ses propres cheveux pour obtenir un plaisir, une gratification ou le soulagement d'une tension, avec pour résultat une alopécie manifeste ;

— le **Trouble du contrôle des impulsions non spécifié** permet d'enregistrer les Troubles du contrôle des impulsions qui ne remplissent pas les critères des troubles spécifiques décrits dans ce chapitre ou ailleurs clans ce manuel.

F63.8 [312.34] Trouble explosif intermittent

Caractéristiques diagnostiques

Le trait essentiel du Trouble explosif intermittent est la survenue d'épisodes distincts où le sujet ne parvient pas à résister à des impulsions agressives, ce qui aboutit à des voies de fait graves ou à la destruction de biens (Critère A). Des voies de fait graves sont par exemple l'action de frapper quelqu'un ou de lui faire mal d'une autre façon. Des menaces verbales d'agression physique ont la même signification de geste agressif grave. On entend par la destruction de biens le bris volontaire d'un objet précieux. Des dégâts mineurs ou involontaires ne sont pas assez graves pour satisfaire ce critère. Le degré d'agressivité exprimé pendant ces épisodes est sans commune mesure avec une quelconque provocation ou un facteur de stress psychosocial déclenchant (Critère B). Le diagnostic de Trouble explosif intermittent n'est porté qu'après exclusion d'autres troubles mentaux susceptibles d'expliquer ces accès de comportement agressif (p. ex., une Personnalité antisociale ou borderline, un Trouble psychotique, un Épisode maniaque, un Trouble des conduites ou un Déficit de l'attention/hyperactivité) (Critère C). Les épisodes agressifs ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni à une affection médicale générale (p. ex., un Traumatisme crânien ou une maladie d'Alzheimer) (Critère C). Le sujet décrit parfois les épisodes agressifs comme des « crises » ou des « attaques » où le comportement explosif succède à une sensation de tension et d'excitation et est suivi immédiatement par un sentiment de soulagement. L'individu peut éprouver par la suite un malaise, des remords, (les regrets ou de l'embarras à cause de son comportement agressif.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Les individus souffrant d'un Trouble explosif intermittent disent parfois ressentir des pulsions agressives intenses avant de passer à l'acte. Les épisodes explosifs peuvent être associés à des symptômes émotionnels (irritabilité ou rage, augmentation de l'énergie, tachypsychie) durant les pulsions et les gestes, et à la survenue rapide d'une humeur dépressive et d'une fatigue après l'acte. Certaines personnes peuvent aussi relater que leurs épisodes agressifs sont souvent précédés ou accompagnés par des symptômes tels que des bourdonnements, des tremblements, des palpitations, une oppression thoracique, une tension céphalique, ou la perception d'un écho. Il arrive que les sujets décrivent leurs impulsions agressives comme extrêmement pénibles. Ces troubles peuvent avoir pour conséquence des licenciements, des renvois de l'école, des divorces, des difficultés dans les relations interpersonnelles ou d'autres désagréments sociaux ou professionnels, des accidents (en voiture par exemple), des hospitalisations (p. ex., à cause des blessures reçues clans des bagarres ou des accidents), (les difficultés financières, des emprisonnements ou (l'autres ennuis judiciaires.

Des signes d'impulsivité ou d'agressivité généralisée peuvent être présents entre les épisodes explosifs. Les individus souffrant (l'un Trouble explosif intermittent rapportent parfois des difficultés en rapport avec un vécu chronique de colère et de fréquents épisodes agressifs « infraliminaux » dans lesquels ils ressentent des impulsions agressives tout en parvenant à ne pas passer à l'acte ou à se contenir dans des com-

portements agressifs moins destructeurs (p. ex., hurler, donner des coups dans un mur sans l'endommager).

Les personnes qui ont des traits narcissiques, obsessionnels, paranoïaques ou schizoïdes peuvent avoir une nette tendance à présenter des explosions de colère en situation de stress. Des données préliminaires suggèrent que des Troubles de l'humeur, des Troubles anxieux, des Troubles des conduites alimentaires, des Troubles liés à l'utilisation d'une substance et d'autres Troubles du contrôle des impulsions peuvent être liés au Trouble explosif intermittent. L'anamnèse peut révéler la survenue dans l'enfance d'accès de colère graves, d'une distractivité, d'une hyperactivité et d'autres comportements inadaptés comme voler ou mettre le feu.

Examens complémentaires. Il peut y avoir des signes non spécifiques à l'EEG (un ralentissement p. ex.) ou des anomalies démontrables par des examens neuropsychologiques (p. ex., des difficultés à intervertir les lettres). Des signes d'altération du métabolisme sérotoninergique (p. ex., des concentrations moyennes diminuées d'acide hydroxyindoleacétique [5-HIAA]) ont été observés dans le liquide céphalo-rachidien de certains sujets impulsifs ou coléreux mais les relations spécifiques qui pourraient exister entre ces anomalies biologiques et le Trouble explosif intermittent restent inconnues.

Examen physique et affections médicales générales associés. Il peut y avoir des signes neurologiques mineurs ou non spécifiques (p. ex., une asymétrie des réflexes ou des syncinésies). On peut aussi observer des difficultés du développement qui indiquent un dysfonctionnement cérébral (p. ex., un retard du langage ou une mauvaise coordination). Des antécédents de troubles neurologiques sont possibles (p. ex., un traumatisme crânien, des pertes de connaissance ou des convulsions fébriles pendant l'enfance). Toutefois, si le clinicien juge que le comportement agressif est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale identifiable, le diagnostic porté doit alors être celui de Trouble mental dû à une affection médicale générale (p. ex., Modification de la personnalité due à un traumatisme crânien, type agressif ; Démence de type Alzheimer, début précoce, non compliquée, avec des troubles du comportement).

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

L'amok est caractérisé par un épisode aigu de violence incontrôlée dont le patient dit ne pas se souvenir. Bien que ce tableau soit traditionnellement vu en Asie du sud-est, des cas d'amok ont été signalés au Canada et aux États-Unis. A la différence du Trouble explosif intermittent, l'amok survient typiquement sous la forme d'un épisode unique, plutôt que comme un mode de comportement agressif, et il est souvent associé à des signes dissociatifs marqués. Un comportement violent épisodique est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Prévalence

On ne dispose pas d'informations fiables. Le Trouble explosif intermittent semble être rare.

Évolution

Peu de données existent concernant l'âge de début du Trouble explosif intermittent, mais il semble se situer entre l'enfance et le début de la troisième décennie. Le début peut être soudain, sans période prodromique. L'évolution du Trouble explosif intermittent est variable, chronique chez certains et plus épisodique chez d'autres.

Aspects familiaux

Les Troubles de l'humeur, les Troubles liés à l'utilisation d'une substance, le Trouble explosif intermittent et les autres Troubles du contrôle des impulsions semblent être plus fréquents chez les parents du premier degré des individus présentant un Trouble explosif intermittent que dans la population générale.

Diagnostic différentiel

Un comportement agressif peut survenir dans le cadre de nombreux autres troubles mentaux. Le diagnostic de Trouble explosif intermittent ne peut être pris en compte qu'après exclusion de tous les autres troubles associés à des impulsions agressives ou à des comportements agressifs. On ne porte pas le diagnostic de Trouble explosif intermittent si le comportement agressif ne survient que pendant l'évolution d'un **delirium** De même, le diagnostic de Trouble explosif intermittent n'est pas justifié quand ce comportement apparaît dans le cadre d'une **démence ;** le diagnostic approprié est alors celui de démence, complété par la spécification « Avec perturbation du comportement ». Le Trouble explosif intermittent doit être distingué des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale, de type agressif** ; on fait ce diagnostic quand on pense que la survenue (les épisodes agressifs est en relation directe avec les conséquences physiologiques d'une affection médicale générale identifiable (p. ex., quand on observe une modification de la personnalité caractérisée par des accès agressifs chez quelqu'un dans les suites d'un accident de voiture avant entraîné des lésions cérébrales). Dans de rares cas, des accès de violence peuvent être observés chez des sujets atteints d'épilepsie, notamment d'origine frontale ou temporale (épilepsie partielle complexe). Il est alors utile pour établir le diagnostic de relever soigneusement les antécédents et de procéder à un examen neurologique soigneux. Il faut toutefois 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 générale qui peut être identifiée.

Des accès agressifs peuvent survenir dans le cadre d'une **Intoxication** ou d'un **Sevrage à une substance.** C'est notamment le cas de l'alcool, *de* la phencyclidine, de la cocaïne et d'autres stimulants, (les barbituriques et des solvants volatils. Le praticien doit se renseigner avec soin sur la nature et la quantité des substances consommées et une recherche de toxiques dans le sang ou dans les urines peut être utile.

Le Trouble explosif intermittent doit être distingué des comportements agressifs ou instables qui surviennent dans le **Trouble oppositionnel avec provocation,** le **Trouble des conduites,** la **Personnalité antisociale,** la **Personnalité borderline,** l'**Épisode maniaque** et la **Schizophrénie.** On ne porte pas *le* diagnostic de Trouble explosif intermittent si un autre diagnostic ou si des éléments d'un autre trouble expli-

quent mieux le comportement agressif. Cependant, l'agressivité impulsive peut revêtir une importance clinique particulière chez des individus présentant une Personnalité antisociale ou borderline. Il est alors possible de porter les deux diagnostics. Par exemple, un diagnostic additionnel de Trouble explosif intermittent peut être justifié chez un sujet avant une Personnalité borderline avérée, qui présente de surcroît des épisodes distincts au cours desquels il ne parvient pas à dominer des impulsions agressives, au point que cela aboutisse à des voies de fait, à des insultes graves ou à la destruction de biens.

Des « attaques de Colère » — c.-à-d. des bouffées soudaines de colère associées à une excitation végétative (tachycardie. sueurs, rougeur du visage) et à un sentiment de perdre le contrôle — ont été rapportées chez des patients atteints de Trouble dépressif majeur ou de Trouble panique. Ces attaques ne doivent pas orienter vers un Trouble explosif intermittent si elles ne surviennent que clans le contexte d'un Épisode dépressif majeur ou d'une Attaque de panique. Cependant, les deux diagnostics peuvent être portés si ces attaques de colère sont aussi observées en dehors des Épisodes dépressifs majeurs ou des Attaques de panique et si elles répondent au critère diagnostique du Trouble explosif intermittent qui est l'accomplissement de voies de fait graves.

Un comportement agressif peut bien sûr survenir en l'absence de tout trouble mental. Un Comportement intentionnel se distingue du Trouble explosif intermittent par le fait que le geste agressif répond à une motivation et apporte un bénéfice au patient. Dans des contextes médico-légaux, un individu peut simuler un Trouble explosif intermittent pour fuir la responsabilité de ses actes. La colère, en tant que réaction normale à un événement de vie ou à des situations spécifiques, doit être aussi distinguée de la colère qui appartient à l'épisode agressif du Trouble explosif intermittent. Dans ce dernier cas, la colère survient spontanément ou en réponse à une provocation minime.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

La CIM-10 ne comporte pas de critères diagnostiques pour le Trouble explosif intermittent. Il est inclus clans la CIM-10 clans les « Autres troubles des habitudes et des impulsions ».

Critères diagnostiques du F63.8 [312.341 Trouble Explosif Intermittent

A. Plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives, aboutissant à des voies de fait graves ou à la destruction de biens.

B. Le degré d'agressivité exprimé durant les épisodes est sans commune mesure avec un quelconque facteur de stress psychosocial déclenchant.

(suite)

☐ Critères diagnostiques du F63.8 [312.34] Trouble Explosif Intermittent *(suite)*

C. Les épisodes agressifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., une Personnalité antisociale ou borderline, un Trouble psychotique, un Épisode maniaque, un Trouble des conduites ou un Déficit (le l'attention/hyperactivité) et ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (p. ex., un traumatisme crânien ou une maladie d'Alzheimer).

F63.2 [312.321 Kleptomanie

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle (le la Kleptomanie est l'impossibilité répétée de résister à l'impulsion (le 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 13) 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 une 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 sujets ne vont généralement pas voler quand ils risquent d'être arrêtés sur le champ (p. ex., sous les yeux d'un policier). Cependant, ils 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 et troubles associés

Les sujets kleptomanes ressentent l'impulsion de voler comme non syntone 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. Des achats impulsifs, de même que des Troubles de l'humeur (notamment le Trouble dépressif majeur), des Troubles anxieux, des Troubles des conduites alimentaires (notamment la Boulimie), des Troubles de la personnalité et d'autres Troubles du contrôle des impulsions peuvent être associés à la Kleptomanie. Ce trouble peut avoir un retentissement légal, familial, professionnel ou personnel.

Caractéristiques liées au sexe

Des données préliminaires suggèrent qu'environ deux tiers des personnes souffrant de Kleptomanie en clinique sont des femmes.

Prévalence

La Kleptomanie est une affection rare ; elle représente vraisemblablement moins de 5 % des sujets qui volent dans des magasins. Sa prévalence dans la population générale est inconnue.

Évolution

L'âge de début de la Kleptomanie est variable. Le trouble 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.

Aspects familiaux

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 kleptomanes présentent probablement une incidence plus élevée du Trouble obsessionnel-compulsif que la population générale.

Diagnostic différentiel

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. En cas de **Simulation,** un individu peut simuler les symptômes de la Kleptomanie pour échapper aux poursuites. La **Personnalité antisociale** et le **Trouble des conduites** se distinguent de la Kleptomanie par un mode général de comportement antisocial. La Kleptomanie doit être distinguée des vols commis volontairement ou par inadvertance dans l'**Épisode maniaque,** en réponse à des hallucinations ou des à idées délirantes (p. ex., dans la **Schizophrénie)** ou clans le cadre d'une **Démence.**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Kleptomanie sont pour l'essentiel identiques.

Critères diagnostiques de F63.2 [312.32] La Kleptomanie

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.

F63.1 [312.331 Pyromanie

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. Il 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 (comme, p. ex., dans la Démence, le Retard mental ou l'Intoxication par une substance). On ne porte pas le diagnostic si un Trouble des conduites, un Épisode maniaque ou une Personnalité antisociale permettent mieux d'expliquer l'allumage des incendies (Critère F).

Caractéristiques et troubles associés

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 peuvent 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 une Dépendance ou un Abus alcoolique dans leur histoire actuelle ou dans leurs antécédents.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Bien que beaucoup d'enfants et d'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 ou un Déficit de l'attention/hyperactivité. La Pyromanie est beaucoup plus fréquente clans le sexe masculin, notamment en cas de mauvaise adaptation sociale et de difficultés d'apprentissage.

Prévalence

La pyromanie semble rare.

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.

Diagnostic différentiel

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** (terrorisme ou protestation) ou hien il peut s'agir **d'attirer l'attention et d'être reconnu** (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** (en jouant p. ex., avec des allumettes ou du feu). Certains sujets atteints de troubles mentaux peuvent allumer un incendie pour exprimer un désir, un souhait ou un besoin, souvent dans le but d'obtenir un changement clans la nature ou le lieu de leur prise en charge. Ce type de conduite a été appelé « allumage d'incendie relationnel » et doit être distingué de la pyromanie. Il n'est pas justifié de porter un diagnostic additionnel de pyromanie quand les incendies sont allumés clans 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., clans la **Schizophrénie)** ou comme conséquence directe des effets physiologiques d'une affection médicale générale (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 une **Démence,** un **Retard mental** ou une **Intoxication par une substance.**

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Pyromanie sont pour l'essentiel identiques.

Critères diagnostiques de F63.1 1312.33] La Pyromanie

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 la Démence, le Retard mental 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.

F63.0 [312.311 Jeu pathologique

Caractéristiques diagnostiques

L'élément essentiel du Jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu (Critère A) qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel. Le diagnostic n'est pas justifié si un Épisode maniaque explique mieux le comportement de jeu (Critère B).

Le sujet peut avoir l'esprit accaparé par le jeu (p. ex., en se remémorant des expériences de jeu passées, en faisant des projets de nouvelles tentatives ou en réfléchissant aux moyens de se procurer de l'argent pour jouer) (Critère A1). La plupart des joueurs

pathologiques disent qu'ils recherchent « l'action » (un état d'excitation euphorique) ou une excitation plus que l'argent. Des enjeux et des risques croissants peuvent être nécessaires pour atteindre l'état d'excitation désiré (Critère A2). Ces sujets continuent souvent à jouer malgré des efforts répétés pour contrôler, réduire ou arrêter leur pratique (Critère A3). Il peut y avoir une agitation ou une irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt du jeu (Critère A4). La personne peut jouer pour échapper à des difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) (Critère A5). L'habitude de jouer pour « se refaire » peut apparaître avec le besoin pressant de continuer à jouer (souvent avec des enjeux ou des risques supérieurs) pour éponger une perte ou une série de pertes. Le sujet peut abandonner sa stratégie de jeu et tenter de récupérer ses pertes en jouant son va-tout. Tous les joueurs peuvent, pendant une courte période, jouer ainsi pour recouvrer leurs pertes, et c'est surtout la présence de cette conduite pendant une longue période qui est caractéristique du Jeu pathologique (Critère A6). Le sujet peut mentir à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu (Critère A7). Il peut recourir à des conduites antisociales (p. ex., falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent) quand il commence à avoir du mal à emprunter de l'argent pour se financer (Critère A8). Le sujet peut mettre en danger ou perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu (Critère A9). Il peut prendre l'habitude de se faire « dépanner » et s'adresser à des parents ou à d'autres pour être tiré de situations financières désespérées dues au jeu (Critère A(0).

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques descriptives et troubles mentaux associés. Des distorsions de la pensée (p. ex., un déni, de la superstition, une confiance en soi excessive ou une impression de pouvoir et de contrôle) peuvent exister clans le Jeu pathologique. De nombreux sujets atteints de *ce* trouble croient que l'argent est à la fois la cause et la solution de tous leurs problèmes. Ils ont souvent une nature portée vers la compétition et sont énergiques, ils ne tiennent pas en place et s'ennuient facilement. Ils accordent souvent trop d'importance à l'approbation des autres et peuvent être généreux jusqu'à l'extravagance. Quand ils ne sont pas pris par le jeu, ils peuvent être des forcenés du travail ou être le type de personnes attendant la dernière minute pour donner un grand coup de collier. Ils peuvent avoir tendance à souffrir d'affections médicales générales qui sont associées au stress (p. ex., hypertension, ulcère peptique ou migraine). Les individus demandant un traitement pour le Jeu pathologique présentent une incidence assez élevée (l'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Des études réalisées chez des hommes souffrant de ce trouble suggèrent que des antécédents de symptômes d'inattention et d'hyperactivité dans l'enfance prédisposent à la survenue ultérieure du Jeu pathologique. Il a été rapporté que les Troubles de l'humeur, le Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité, l'Abus ou la Dépendance à une substance, ainsi que d'autres Troubles du contrôle des impulsions et les Personnalités antisociales, narcissiques ou borderline sont plus fréquentes chez les sujets souffrant de Jeu pathologique. Il a aussi été rapporté que 20 des individus traités pour ce trouble ont fait des tentatives de suicide.

Examens complémentaires. Il n'existe pas d'examen complémentaire qui puisse affirmer un diagnostic de Jeu pathologique. Cependant, des études comparant des hommes atteints de Jeu pathologique à des contrôles ont montré des différences pour

divers paramètres biologiques. Il s'agit p. ex. de la mesure de la concentration de neurotransmetteurs et de leurs métabolites dans le liquide céphalorachidien et dans les urines, et de tests neuroendocriniens dynamiques, indiquant des perturbations dans plusieurs systèmes de neurotransmission — notamment clans les systèmes sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Des anomalies de l'activité de la monoamine oxydase plaquettaire ont aussi été rapportées chez les hommes atteints de Jeu pathologique. Des tests neuropsychologiques peuvent montrer un degré important (l'impulsivité chez les sujets présentant ce trouble.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

Il existe des variations culturelles dans la prévalence et dans le type des activités de jeu (p. ex., des jeux chinois comme le pai go, les combats de coqs, les courses de chevaux, la bourse). Les femmes représentent environ un tiers des personnes souffrant de Jeu pathologique mais la répartition selon le sexe peut varier considérablement suivant les cultures et les lieux. Chez elles, le contexte est plus souvent celui d'une dépression et le jeu représente une échappatoire. Les femmes sont sous-représentées dans les programmes de traitement du jeu pathologique et ne représentent que 2 à 4 % de la population des associations de joueurs pathologiques anonymes. Cela traduit peut-être l'opprobre social plus important qui est associé au jeu chez la femme.

Prévalence

La prévalence du Jeu pathologique est influencée tant par l'offre de jeux que par la durée de cette offre. Ainsi, la prévalence du Jeu pathologique augmente avec la facilité croissante de l'accès à des jeux de hasard légaux. Selon des études menées dans la population générale, la prévalence vie entière du Jeu pathologique serait comprise entre 0,4 et 3,4 % chez l'adulte, des taux atteignant 7 % ayant toutefois été rapportés dans certaines régions (p. ex., Puerto Rico, Australie). Des prévalences supérieures, allant de 2,8 à 8 %, ont été décrites chez des adolescents et des étudiants. La prévalence du Jeu pathologique semble supérieure chez les personnes qui sont en demande de traitement pour un Trouble lié à une substance.

Évolution

Le Jeu pathologique commence typiquement au début de l'adolescence chez l'homme et plus tard chez la femme. Bien que certains sujets soient « accrochés » dès la première fois qu'ils jouent, l'évolution est habituellement plus insidieuse. Il peut y avoir un comportement de jeu social pendant plusieurs années auquel succède l'apparition brutale d'un comportement de Jeu pathologique, précipitée parfois par un facteur de stress ou par une exposition plus importante au jeu. Les habitudes de jeu peuvent suivre un mode régulier ou bien épisodique et l'évolution du trouble est typiquement chronique. Il y a généralement une progression clans la fréquence du jeu, dans l'importance des mises, dans l'implication dans le jeu et dans la quête d'argent pour parier. Les envies et les activités de jeu augmentent habituellement pendant les périodes de stress ou de dépression.

Aspects familiaux

Le Jeu pathologique et la Dépendance à l'alcool sont plus fréquents chez les parents des sujets présentant des conduites de Jeu pathologique que dans la population générale.

Diagnostic différentiel

Le Jeu pathologique doit être distingué des conduites de jeu qui sont sociales ou professionnelles. Les **conduites de jeu sociales** se produisent typiquement dans un cercle d'amis ou de collègues, ne durent qu'un temps limité et sont assorties de pertes acceptables dont le montant est discuté à l'avance. Dans le **Jeu professionnel,** les risques sont limités et le contrôle de soi est primordial. Certaines personnes peuvent rencontrer des problèmes liés au jeu (p. ex., une perte de contrôle avec une escalade des mises pour recouvrer rapidement les pertes) sans répondre aux critères complets du Jeu pathologique.

Une perte du jugement et une conduite de jeu excessive peuvent survenir pendant un **Épisode maniaque.** Un diagnostic supplémentaire de Jeu pathologique ne peut être fait que si l'Épisode maniaque n'explique pas mieux les conduites de jeu (il faudra p. ex., des antécédents de conduites inadaptées de jeu en dehors de tout épisode maniaque). Inversement, une personne qui présente des conduites de jeu pathologique peut, au cours des accès, faire preuve de comportements qui ressemblent à un épisode maniaque. Cependant ces symptômes d'allure maniaque disparaissent dès que le sujet est éloigné de la scène du jeu. Des difficultés avec le jeu peuvent être observés dans le cadre de la **Personnalité antisociale ;** les cieux diagnostics peuvent être portés si les critères des deux troubles sont remplis.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour le Jeu pathologique supposent un ensemble indissociable (p. ex., A, B, C et D doivent tous être présents) alors que les critères du DSM-IV incluent des items différents et sont un ensemble fait d'éléments séparables (p. ex., 5 symptômes parmi 10 doivent être présents). De plus, les critères de la CIM-10 spécifient « au moins deux épisodes de jeu pathologique pendant une période d'un an ou plus ».

Critères diagnostiques du F63.0 [312.311 Jeu Pathologique

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) 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)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F63.0 [312.311 leu Pathologique** *(mile)*

(2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
(3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
(4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
(5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex., des 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 à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
(8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
(9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
(10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un Épisode maniaque.

F63.3 [312.39] Trichotillomanie

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la trichotillomanie est l'arrachage répété de ses propres cheveux aboutissant à une alopécie manifeste (Critère A). Les poils ou cheveux peuvent être arrachés dans toutes les régions du corps où le système pileux est développé (entre autres clans les régions axillaires, pubiennes ou anales) mais les sites les plus fréquents sont le cuir chevelu, les sourcils et les cils. Les cheveux ou poils peuvent être arrachés pendant de brefs épisodes répartis dans la journée ou bien pendant des épisodes moins fréquents mais plus longs et qui peuvent durer des heures. Ce comportement survient souvent dans des moments de détente et de loisir (p. ex., lors de la lecture d'un livre ou devant la télévision) mais il peut aussi être observé dans des situations de stress. Un sentiment croissant de tension est présent juste avant l'arrachage des cheveux (Critère B). Chez certains, la tension ne précède pas forcément le passage à l'acte mais survient lors des tentatives faites pour résister à ce comportement. Il y a une gratification, un plaisir, ou un soulagement lors de l'arrachage des cheveux (Critère C). Certaines personnes ressentent dans le cuir chevelu une « démangeaison » qui est soulagée par l'arrachage des cheveux. On ne porte pas le diagnostic si cette conduite est

mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., si cela survient en réponse à des idées délirantes ou à des hallucinations) ou par une affection médicale générale (p. ex., une inflammation cutanée ou une autre affection dermatologique) (Critère D). La perturbation cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère El.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. lès patients examinent parfois la racine de leurs cheveux, les font tourner entre leurs doigts, les tortillent ou les tirent avec leurs dents ou les mangent (trichophagie). Les cheveux ne sont habituellement pas arrachés en présence d'autrui (à l'exception de la famille proche) et les situations sociales peuvent être évitées. Les sujets n'avouent généralement pas cette conduite et dissimulent l'alopécie qui en résulte. Certains ont envie (l'arracher les cheveux des autres et cherchent parfois l'occasion (le le faire en cachette. Ils arrachent parfois les cheveux ou les poils des poupées, des animaux de compagnie et des matériaux fibreux (p. ex., des tricots ou des tapis). La trichotillomanie peut être associée à l'onychophagie et à des excoriations ou à des lésions que le sujet se fait en se grattant ou *en* se mordant. Ces sujets peuvent présenter également des Troubles de l'humeur, des Troubles anxieux (notamment un Trouble obsessionnel-compulsif), des Troubles liés à l'utilisation d'une substance, des Troubles des conduites alimentaires, (les Troubles de la personnalité ou un Retard mental.

Examens complémentaires. Certains signes histologiques sont considérés comme caractéristiques et peuvent contribuer au diagnostic quand une trichotillomanie est suspectée malgré les dénégations du sujet. Des prélèvements biopsiques (les régions touchées peuvent montrer des cheveux courts et cassés. L'examen histologique montrera des follicules normaux et des follicules abîmés dans la même région ainsi qu'un nombre accru de cheveux en phase catagène. Certains follicules peuvent montrer des signes de traumatisme (un plissement de la gaine externe de la racine). Les follicules touchés peuvent être vides ou contenir une substance kératineuse très pigmentée. L'absence d'inflammation distingue l'alopécie provoquée par une trichotillomanie de l'alopécie de la pelade.

Examen physique et affections médicales générales associées. Les patients ne se plaignent habituellement pas d'une douleur associée à l'arrachage (les cheveux. Un prurit ou un picotement peut exister dans les régions concernées. Le type de perte de cheveux est très variable. Des zones d'alopécie complète, ainsi que des régions où la densité des cheveux est nettement diminuée, sont courantes. Quand le cuir chevelu est touché, c'est souvent avec une prédilection pour le sommet du crâne ou pour les régions pariétales. La surface du cuir chevelu ne montre habituellement pas de signes d'excoriation. On peut parfois observer un tableau de calvitie presque totale qui ne laisse qu'un fin périmètre le long des limites externes du cuir chevelu, notamment à l'arrière du cou (« trichotillomanie avec tonsure »). Les sourcils et les cils peuvent avoir complètement disparu. L'inspection peut montrer des poils pubiens clairsemés. Il peut y avoir aussi des parties des membres ou du torse où les poils ont disparu. La trichophagie peut aboutir à des trichobézoards (concrétions *de* poils) qui provoquent des anémies, des douleurs abdominales, des hématémèses, des nausées et cies vomissements, des occlusions intestinales et même des perforations.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les deux sexes sont représentés en proportion égale parmi les enfants qui présentent ce trouble. Chez les adultes, la trichotillomanie semble beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ceci peut refléter un sex-ratio réel ou bien traduire seulement une différence dans la demande de traitement due à des divergences d'attitude envers son corps selon le sexe ou la culture (chez l'homme, p. ex., la perte de cheveux peut être considérée comme normale et mieux acceptée).

Prévalence

Il n'y a pas de données systématiques concernant la prévalence de la Trichotillomanie. On pensait auparavant que l'affection était rare mais on estime maintenant qu'elle est plus fréquente. Par exemple, une enquête chez des étudiants a trouvé une prévalence vie entière de 0,6 %.

Évolution

Des épisodes transitoires d'arrachage de cheveux pendant la petite enfance peuvent être considérés comme une « manie » bénigne avec une évolution spontanément résolutive. Cependant, de nombreux adultes souffrant de trichotillomanie chronique signalent que leur trouble a débuté au début de l'adolescence. L'âge de survenue précède habituellement le début de l'âge adulte, avec des pics vers 5 à 8 ans et aux alentours de 13 ans. Certains sujets présentent sans interruption des symptômes pendant des décennies entières. Chez d'autres, le trouble peut disparaître et revenir au fil des semaines, des mois ou des années. Les endroits où les cheveux sont arrachés peuvent varier avec le temps.

Diagnostic différentiel

D'autres causes d'alopécie doivent être recherchées chez les sujets qui nient s'arracher les cheveux (p. ex., la pelade, la calvitie masculine, un lupus érythémateux chronique, un lichen plan, une folliculite décalvante, une pseudo-pelade et une alopécie mucineuse). On ne fait pas un diagnostic additionnel de Trichotillomanie si cette conduite peut être attribuée à un **autre trouble mental** (p. ex., à des idées délirantes ou à des hallucinations dans le cadre d'une schizophrénie). L'arrachage répété des cheveux de la Trichotillomanie doit être distingué d'une compulsion survenant dans le **Trouble obsessionnel-compulsif.** Dans le Trouble obsessionnel-compulsif, les conduites répétitives surviennent en réponse à une obsession ou selon des règles qui doivent être appliquées avec rigidité. On ne fait pas un diagnostic additionnel de **Troubles des mouvements avec stéréotypies** si le comportement répétitif se limite à l'arrachage des cheveux. L'alopécie auto-infligée observée dans la trichotillomanie doit être distinguée des **Troubles factices avec symptômes et signes physiques prédominants** où le comportement est motivé par le désir d'obtenir un statut de malade.

De nombreuses personnes tortillent ou jouent avec leurs cheveux, notamment quand elles sont anxieuses, mais ce comportement ne justifie pas habituellement un diagnostic de trichotillomanie. Des sujets peuvent présenter certaines caractéristiques de la trichotillomanie mais la perte de cheveux qui en résulte peut être insignifiante et être à peine détectable. On ne doit dans ce cas évoquer un diagnostic de trichotillo-

manie que si le sujet éprouve une *gêne* significative. Chez l'enfant, des périodes limitées d'arrachage de cheveux sont courantes et peuvent être considérées comme de « mauvaises » habitudes temporaires. Cette forme symptomatique chez l'enfant peut différer des formes de l'adulte par l'absence de tension Ou de soulagement associé à l'arrachage des cheveux. Le diagnostic doit donc être *réservé* chez l'enfant aux cas OU le comportement persiste plusieurs mois.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Trichotillomanie sont pour l'essentiel identiques.

Critères diagnostiques de F63.3 [312.391 La Trichotillomanie

A. Arrachage répété de ses propres cheveux aboutissant à une alopécie manifeste.

B. Sentiment croissant de tension juste avant l'arrachage des cheveux ou bien lors des tentatives faites pour résister à ce comportement.

C. Plaisir, gratification ou soulagement lors de l'arrachage des cheveux.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental et n'est pas due à une affection médicale générale (p. ex., à une affection dermatologique).

E. Les perturbations causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F63.9 f312.301 Trouble du contrôle des impulsions non spécifié

Cette catégorie correspond à des troubles du contrôle des impulsions (p. ex., se triturer la peau, le piercing) qui ne remplissent pas les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre et qui ne satisfont pas non plus aux critères des autres troubles mentaux ayant des caractéristiques cliniques impliquant le contrôle des impulsions qui sont décrits ailleurs dans ce manuel (p. ex., la Dépendance à une substance ou une Paraphilie).

Troubles de l'adaptation

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'un Trouble de l'adaptation est une réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiables (stresseurs) qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels ou comportementaux cliniquement significatifs. Les symptômes doivent apparaître au cours des 3 mois suivant la survenue du ou des facteur(s) de stress (Critère A). C'est soit une souffrance marquée, plus importante que celle qui était attendue compte tenu de la nature du facteur de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire) (critère B). En d'autres termes, une réaction à un stresseur qui pourrait être considérée comme normale ou attendue peut néanmoins justifier un diagnostic de Trouble de l'adaptation si la réaction est suffisamment sévère pour entraîner une altération significative. Cette catégorie diagnostique ne doit pas être utilisée si la perturbation répond aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I (p. ex., un Trouble de l'humeur ou un Trouble anxieux spécifique), ou bien si la perturbation est simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II (Critère C). Cependant, il est possible de porter le diagnostic de Trouble de l'adaptation en présence d'un autre trouble de l'Axe I ou de l'Axe II si ce dernier n'explique pas à lui seul la configuration symptomatique observée en réaction au facteur de stress. On ne doit pas porter le diagnostic de Trouble de l'adaptation si les symptômes sont l'expression d'un Deuil (Critère D). Par définition, un Trouble de l'adaptation ne dure pas plus de 6 mois une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu (Critère E). Toutefois, les symptômes peuvent persister pendant une longue période (c.-à-d. au-delà de 6 mois) s'ils surviennent en réaction à un facteur de stress prolongé (p. ex., une affection médicale générale chronique et incapacitante) ou à un facteur de stress dont les conséquences sont durables (p. ex., les difficultés financières et affectives dues à un divorce).

Le facteur de stress peut être un événement unique (p. ex., la fin d'une relation sentimentale), ou bien il peut y avoir de multiples facteurs de stress (p. ex., de grosses difficultés dans les affaires et des problèmes conjugaux). Les facteurs de stress peuvent se reproduire régulièrement (p. ex., en rapport avec des crises saisonnières clans les affaires) ou être continus (p. ex., vivre dans un quartier à forte criminalité). Ils peuvent toucher une seule personne, une famille entière, ou bien un groupe plus large ou une communauté (p. ex., une catastrophe naturelle). Certains facteurs de stress sont associés à des étapes spécifiques du développement et de la vie (p. ex., l'entrée à l'école, le départ du milieu familial, le mariage, la maternité et la paternité, l'échec à des objectifs professionnels, la mise à la retraite).

Sous-types et spécifications

Les Troubles de l'adaptation sont codés par sous-types, eux-mêmes caractérisés par les symptômes prédominants :

F43.20 [309.0] Avec humeur dépressive. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels qu'une humeur dépressive, des pleurs, ou des sentiments de désespoir.

F43.21

F43.28 [309.24] Avec anxiété. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels que nervosité, inquiétude ou agitation ou bien, chez l'enfant, la peur de se séparer des personnes auxquelles il est le plus attaché.

F43.22 [309.28] Avec à la fois anxiété et humeur dépressive. Ce sous-type doit être utilisé lorsque la manifestation prédominante est une combinaison de dépression et d'anxiété.

F43.24 [309.3] Avec perturbation des conduites. Ce sous-type doit être utilisé lorsque la manifestation prédominante est une perturbation des conduites qui comporte une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (p. ex., l'école buissonnière, le vandalisme, une conduite automobile imprudente, des bagarres, un manquement à ses responsabilités légales).

F43.25 [309.4] Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites. Ce sous-type doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont à la fois des symptômes du registre émotionnel (comme la dépression, l'anxiété) et une perturbation des conduites (voir le sous-type précédent).

F43.29 [309.9] Non spécifié. Ce sous-type doit être utilisé pour coder des réactions inadaptées (p. ex., des plaintes somatiques, un retrait social ou une inhibition au travail ou à l'école) à des facteurs de stress psychosociaux qui ne peuvent pas être classées parmi les sous-types spécifiques de Trouble de l'adaptation.

La durée des symptômes d'un Trouble de l'adaptation peut être indiquée en choisissant l'une des spécifications suivantes :

Aigu. Ce critère de spécification peut être utilisé pour indiquer que les symptômes durent moins de 6 mois.

Chronique. Cette spécification peut être utilisée pour indiquer que les symptômes persistent 6 mois ou plus. Par définition, les symptômes ne peuvent pas persister plus de 6 mois, une fois que le facteur de stress ou ses conséquences ont disparu. Cette spécification s'applique clone lorsque la durée de la perturbation dépasse 6 mois, en réaction à un facteur de stress lui-même prolongé ou bien dont les conséquences sont durables.

1. La CIM-10 distingue la réaction dépressive brève F43.20 et la réaction dépressive prolongée F43.21 (N.d.T.).

Procédures d'enregistrement

Les symptômes prédominants du tableau clinique doivent être indiqués en choisissant le code et la dénomination diagnostiques dans la liste ci-dessus, suivies éventuellement de la mention aigu ou chronique (p. ex., F43.20 [309.0] Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, aigu). Dans une évaluation multiaxiale, il est possible (l'indiquer la nature du facteur de stress sur l'Axe IV (p. ex., Divorce).

Caractéristiques et troubles associés

La souffrance subjective ou l'altération du fonctionnement liée aux Troubles de l'adaptation se traduit souvent par une diminution du rendement au travail ou à l'école et par des modifications momentanées clans les relations sociales. Les Troubles de l'adaptation comportent une augmentation du risque de tentatives de suicide et de suicide, d'utilisation excessive de substance et de plaintes somatiques. Le Trouble de l'adaptation a été décrit chez des sujets ayant des troubles mentaux préexistants dans certains échantillons particuliers comme les enfants, les adolescents et chez les patients en médecine ou en chirurgie générale. L'existence d'un Trouble de l'adaptation peut compliquer l'évolution d'une affection médicale générale (p. ex., par une mauvaise observance des prescriptions médicales ou bien une prolongation de la durée d'hospitalisation).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Pour juger cliniquement qu'une réaction à un facteur de stress est inadaptée ou que la souffrance qui en résulte est plus marquée que celle qui était attendue, il faut tenir compte du contexte culturel propre au sujet. Autant la nature, la signification et la façon de ressentir les facteurs de stress que la manière d'évaluer une réaction à ces facteurs de stress peuvent varier selon les cultures. Les Troubles de l'adaptation peuvent survenir à tout âge et touchent autant les hommes que les femmes. Dans les échantillons cliniques de sujets adultes, le diagnostic est porté deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. A *contrario,* dans les échantillons cliniques d'enfants et d'adolescents, le diagnostic est également réparti chez les garçons et les filles.

Prévalence

Les troubles de l'adaptation sont apparemment fréquents, bien que les données épidémiologiques varient dans de grandes proportions selon la population étudiée et la méthode d'évaluation utilisée. La prévalence du Trouble de l'adaptation a été évaluée entre 2 et 8 % dans les échantillons d'enfants et d'adolescents de la population générale et chez les sujets âgés. La fréquence du diagnostic de Trouble de l'adaptation va jusqu'à 12 % chez les parents hospitalisés dans un hôpital général qui sont adressés en consultation de santé mentale, jusqu'à 10-30 % des patients qui consultent en ambulatoire dans un service de santé mentale et jusqu'à 50 %dans les populations particulières ayant eu un stresseur spécifique (p. ex., après une chirurgie cardiaque. Les individus défavorisés dans leurs conditions d'existence sont confrontés à de nombreux facteurs de stress et pourraient présenter un risque plus élevé de Troubles (le l'adaptation.

Évolution

Par définition, la perturbation dans le Trouble de l'adaptation commence au cours des 3 mois suivant la survenue d'un facteur de stress et ne dure pas plus de 6 mois une fois que le facteur de stress ou ses conséquences Ont disparu. Lorsque le facteur de stress est un événement brutal (p. ex., être renvoyé de son travail), le début de la perturbation survient habituellement de façon immédiate (ou dans un délai de quelques jours) et sa durée est relativement courte (p. ex., ne dépassant pas quelques mois). Lorsque le facteur de stress ou ses conséquences persistent, le Trouble de l'adaptation peut également persister. La persistance d'un Trouble de l'adaptation ou son évolution vers d'autres troubles mentaux plus sévères (p. ex., un Trouble dépressif majeur) survient plus volontiers chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Quoiqu'il en soit, une partie, voire la totalité de cet accroissement du risque peut être due à des comorbidités (p. ex., un Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'attention) ou au fait que le Trouble de l'adaptation représente en réalité une manifestation prodromique subclinique d'un trouble mental plus sévère.

Diagnostic différentiel

Le Trouble de l'adaptation est une catégorie résiduelle utilisée pour décrire des états cliniques qui sont une réaction à un facteur de stress identifiable et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe 1. Par exemple, si un individu présente des symptômes qui répondent aux critères d'un Épisode dépressif majeur en réaction à un facteur de stress, le diagnostic de Trouble de l'adaptation n'est pas applicable. Il n'est possible *de* porter un diagnostic de Trouble de l'adaptation en plus d'un autre trouble de l'Axe I que si cet autre trouble n'explique pas les symptômes particuliers qui surviennent en réaction au facteur de stress. Ainsi, un sujet peut présenter un Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive après avoir perdu son emploi et en même temps un tableau clinique qui répond aux critères du Trouble obsessionnel-compulsif.

Comme il est fréquent que les **Troubles de la personnalité** soient exacerbés par le stress, on ne porte habituellement pas un diagnostic additionnel de Trouble de l'adaptation. Cependant, si des symptômes qui n'appartiennent pas à un Trouble de la personnalité apparaissent en réaction à un facteur de stress (p. ex., l'apparition d'une humeur dépressive en réaction à la perte d'emploi chez une personne ayant une Personnalité paranoïaque), le diagnostic additionnel de Trouble de l'adaptation peut être justifié.

Le diagnostic de Trouble de l'adaptation requiert la présence d'un facteur de stress identifiable, à la différence de tableaux cliniques atypiques ou bien sous le seuil diagnostique qui seraient diagnostiqués comme **trouble non spécifié** (p. ex., Trouble anxieux non spécifié). Si les symptômes d'un Trouble de l'adaptation persistent plus de 6 mois après que le facteur de stress ou ses conséquences ont disparu, il faut modifier le diagnostic, en portant en général un diagnostic de trouble non spécifié dans la catégorie appropriée.

Le Trouble de l'adaptation, **l'État de stress post-traumatique,** et **l'État de stress aigu** requièrent tous un facteur de stress psychosocial. L'état de stress post-traumatique et l'État de stress aigu sont caractérisés par un facteur de stress extrême et par une constellation spécifique de symptômes. A l'opposé, un Trouble de l'adaptation peut être

déclenché par un facteur de stress de n'importe quelle gravité et peut comporter une grande variété de symptômes.

Dans les **Facteurs psychologiques influençant une affection médicale,** des symptômes psychopathologiques, des comportements spécifiques ou bien d'autres facteurs aggravent une affection médicale générale, en compliquent le traitement ou, dans d'autres cas, augmentent le risque de survenue d'une affection médicale générale. Dans le Trouble de l'adaptation, la relation est inverse (c.-à-d. que les symptômes psychopathologiques surviennent en réaction au facteur de stress constitué par l'affection médicale générale elle-même ou par le diagnostic qui en a été fait). Les deux diagnostics ne sont pas incompatibles.

On porte le diagnostic de **Deuil** plutôt que celui de Trouble de l'adaptation lorsque le tableau clinique observé est une réaction prévisible à la mort d'un être cher. Le diagnostic de Trouble de l'adaptation peut néanmoins être justifié si la réaction est plus marquée ou plus prolongée qu'attendu. Le trouble de l'adaptation doit également être distingué **d'autres réactions non pathologiques au stress,** lesquelles n'entraînent ni une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu, ni une altération significative du fonctionnement social ou professionnel. On ne doit pas porter un diagnostic de Trouble de l'adaptation lorsque les symptômes sont dus aux **effets physiologiques directs d'une affection médicale générale** (comme l'altération fonctionnelle transitoire habituelle lors d'une chimiothérapie).

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

À la différence du DSM-IV (qui requiert que les symptômes apparaissent au cours des trois mois suivant la survenue du facteur de stress), les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 précisent que les symptômes doivent survenir au cours du mois suivant l'exposition au facteur de stress.

En outre, la CIM-10 exclut les facteurs de stress ayant un caractère « inhabituel ou catastrophique ». Le DSM-IV en revanche autorise des facteurs de stress extrêmes pour autant que le tableau clinique ne réponde pas aux critères de l'État de stress post-traumatique ou du Stress aigu. Enfin, dans la section consacrée aux Troubles de l'adaptation, la CIM-10 distingue une réaction dépressive brève (moins d'un mois) et une réaction dépressive prolongée (qui peut durer plus de 6 mois mais ne persiste pas au-delà de deux ans).

Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

(suite)

❑ Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation *(suite)*

(1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
(2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Spécifier *si* :
Aigu : si la perturbation persiste moins de 6 mois
Chronique : si la perturbation persiste 6 mois ou plus

La codification des Troubles de l'adaptation est fondée sur le sous-type, qui est déterminé par les symptômes prédominants. Le(s) facteur(s) de stress spécifique(s) peut(vent) être côté(s) sur l'Axe IV.

F43.20 [309.0] avec humeur dépressive
F43.28 [309.24] avec anxiété
F43.22 [309.28] avec à la fois anxiété et humeur dépressive
F43.24 [309.3] avec perturbation des conduites
F43.25 [309.4] avec perturbation à la fois des émotions et des conduites
F43.29 [309.9] non spécifié

Troubles de la personnalité

Cette section débute par une définition générale des troubles de la personnalité qui s'applique à chacun des dix troubles spécifiques décrits. Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu clans 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. Les troubles de la personnalité inclus dans cette section sont indiqués dans la liste ci-dessous.

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 fantaisies 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 « collant » 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.

Le Trouble de la personnalité non spécifié est une catégorie prévue pour deux situations : 1) le type nie personnalité du sujet satisfait aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité sont présents mais les critères d'aucun trouble en particulier ne sont remplis ; ou bien 2) l'individu a un type de personnalité qui satisfait aux critères généraux des troubles de la personnalité mais le trouble particulier de la personnalité qu'il est censé présenter n'est pas inclus dans cette classification (p. ex., une personnalité passive-agressive).

1,es troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similarités 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, émotifs 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 encore validés de manière réplicable. De plus, il arrive souvent que des sujets souffrent de plusieurs troubles de la personnalité appartenant à différents groupes.

Caractéristiques diagnostiques

Les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation avec, 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 dù aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., d'une drogue donnant lieu à abus, d'un médicament ou substance toxique) ou d'une affection médicale générale (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 apparents 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., des troubles anxieux ou thymiques, une 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 svntones avec le moi). Des informations supplémentaires de la part de tierces personnes peuvent être utiles pour résoudre ces difficultés.

Procédures d'enregistrement

Les troubles de la personnalité sont notés sur l'Axe II. Lorsque le type de comportement d'un individu répond aux critères de plusieurs troubles de la personnalité — ce qui est souvent le cas — le clinicien doit noter par ordre d'importance tous les diagnostics pertinents de Trouble de la personnalité. Quand le diagnostic principal ou le motif de la consultation n'est pas un trouble de l'Axe 1, il est conseillé d'indiquer quel trouble de la personnalité est en cause en notant « diagnostic principal » ou « motif de la consultation » entre parenthèses. Dans la plupart des cas, le diagnostic principal ou le motif de consultation est aussi le principal objet de l'attention et du traitement. Le diagnostic de Trouble de la personnalité non spécifié est adapté pour les tableaux « mixtes » où les traits de plusieurs Troubles de la personnalité sont présents et causent une gêne cliniquement significative sans que les critères d'un Trouble de la personnalité particulier soient remplis.

Des traits spécifiques de la personnalité qui sont inadaptés mais pas assez intenses pour atteindre le seuil imposé dans les critères des Troubles de la personnalité peuvent aussi être notés sur l'Axe II. Dans de tels cas, aucun code diagnostique spécifique ne doit être utilisé. Le clinicien pourra par exemple noter : « Axe II : /03.2 [V71.09] Absence de diagnostic sur l'Axe II, traits de personnalité histrionique ». Le recours à des mécanismes de défense particuliers peut aussi être noté sur l'Axe II. Un clinicien pourra par exemple noter « Axe II : F60.7 [301.6] Personnalité dépendante ; utilisation fréquente du déni ». Un glossaire des mécanismes de défense spécifiques et l'Échelle de fonctionnement défensif sont inclus dans l'Annexe B (p. 934 et 930).

Quand un individu présente un Trouble psychotique chronique de l'Axe I (p. ex., une schizophrénie), qui a été précédé par un Trouble de la personnalité préexistant (p. ex., schizotypique, schizoïde ou paranoïaque), le Trouble de la personnalité devra être noté sur l'Axe II, suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses. Par exemple : Axe I : F20.08 [295.30] Schizophrénie, Type paranoïde ; Axe II : F60.1 [301.20] Personnalité schizoïde (prémorbide).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Un jugement sur le fonctionnement de la personnalité d'un individu doit tenir compte de l'origine ethnique, culturelle et sociale de celui-ci. 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.

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 inadaptés du sujet semblent envahissants, durables et dépassent le cadre (l'un stade particulier du développement ou d'un épisode d'un trouble de l'Axe I. Il faut savoir que les traits d'un Trouble de la personnalité apparaissant dans l'enfance se modifieront habituellement avec le passage à l'âge adulte. On ne peut diagnostiquer un Trouble de la personnalité chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentes depuis au moins un an. La seule exception concerne la Personnalité antisociale dont le diagnostic ne peut pas être porté chez des individus âgés de moins de 18 ans (voir p. 808). Bien qu'un Trouble de la personnalité apparaisse par définition au

début de l'âge adulte ou avant, certains sujets ne feront l'objet d'une prise en charge médicale qu'assez tard au cours de leur vie. Un Trouble de la personnalité peut être exacerbé par la perte d'une personne qui avait un rôle d'étayage important (p. ex., un conjoint) ou par la perte (l'une situation sociale stabilisante (p. ex., un emploi). L'apparition d'une modification de la personnalité au milieu de l'âge adulte ou plus tard doit faire entreprendre un bilan rigoureux pour rechercher une Modification de la personnalité due à une affection médicale générale ou à un Trouble lié à l'utilisation d'une substance, non diagnostiqué.

Certains Troubles de la personnalité (p. ex., la Personnalité antisociale) sont diagnostiqués plus souvent chez l'homme. D'autres (p. ex., les Personnalités borderline, histrioniques et dépendantes) sont diagnostiquées plus souvent chez la femme. Bien que ces prévalences différentes reflètent probablement une différence réelle entre les sexes quant à la présence de tels modes de personnalité, le clinicien devra prendre garde de ne pas se laisser influencer dans son jugement diagnostique par des clichés ou des stéréotypes sociaux concernant les rôles et les comportements attendus de chaque sexe.

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 Trouble 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).

Diagnostic différentiel

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 de **troubles mentaux de l'Axe I.** 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 surviennent aussi en dehors d'un épisode d'un trouble de l'Axe I. Il peut être très difficile (et pas forcément utile) de distinguer les Troubles de la personnalité des troubles de l'Axe I qui ont un début précoce et une évolution chronique et relativement stable (p. ex., le Trouble dysthymique). Certains Troubles de la personnalité peuvent appartenir au même « spectre » qu'un trouble de l'Axe I (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.

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 psychotique chronique de l'Axe I (p. ex., une Schizophrénie) qui était précédé par un Trouble de la personnalité préexistant, ce

Trouble de la personnalité doit aussi être enregistré sur l'Axe II suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

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. Si des modifications de la personnalité apparaissent et persistent après l'exposition du sujet à un stress extrême, un diagnostic **d'État de Stress post-traumatique** (voir p. 533) doit être considéré. Chez une personne présentant un **Trouble lié à l'utilisation 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 à une substance, ou sur des comportements en rapport avec une dépendance à une substance (p. ex., des comportements antisociaux). Lorsque des modifications durables de la personnalité résultent directement de l'effet d'une affection médicale générale (p. ex., une tumeur cérébrale), on doit considérer le diagnostic de **Modification de la personnalité due à une affection médicale générale** (p. 215).

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 s'ils sont rigides, mal adaptés, persistants et source d'une altération significative du fonctionnement ou d'une souffrance subjective.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères généraux d'un Trouble de la personnalité selon le DSM-IV sont pour l'essentiel similaires.

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

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'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
(2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
(3) le fonctionnement interpersonnel
(4) le contrôle des impulsions

☐ **Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité** *(suite)*

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.

F. 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 dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

Modèles dimensionnels des troubles de la personnalité

L'approche diagnostique suivie dans ce manuel correspond à une classification (les Troubles de la personnalité en catégories censées représenter des syndromes cliniques qualitativement distincts. Une alternative à cette approche catégorielle est représentée par la perspective dimensionnelle selon laquelle les Troubles de la personnalité sont des formes inadaptées de traits de personnalité reliés entre eux et à l'état normal sur un continuum sans transition nette. De nombreuses tentatives ont été faites pour identifier les dimensions fondamentales qui seraient à la hase du fonctionnement normal et pathologique de la personnalité. Un premier modèle comporte les cinq dimensions suivantes : névrosisme, introversion *vs* extraversion, fermeture *vs* ouverture à l'expérience, attitude antagoniste *vs* agréabilité, dimension consciencieuse. Une autre approche consiste à décrire des domaines plus spécifiques de dysfonctionnement de la personnalité et aboutit à 15 voire 40 dimensions (p. ex., réactivité émotionnelle, appréhension sociale, distorsion cognitive, impulsivité, absence de sincérité, égocentrisme). D'autres modèles dimensionnels ont été proposés, ceux de l'affectivité positive, l'affectivité négative, la contrainte, ou celui de la recherche de nouveauté, de la dépendance à la récompense, de l'évitement du danger, de la persistance, de la détermination, de la coopération et de la transcendance, celui de la puissance (domination *vs* soumission) et de l'affiliation (amour *vs* haine), la recherche du plaisir *vs* l'évitement de la douleur, l'accommodation passive *vs* la modification active et le besoin excessif de reconnaissance *vs* la capacité de se mettre au service d'autrui. Les clusters des troubles de la personnalité du DSM-IV (c'est-à-dire bizarre — excentrique, théâtral — émotif et anxieux — craintif) peuvent aussi être considérés comme des dimensions

représentant des spectres de dysfonctionnement de la personnalité, en continuité avec les troubles mentaux de l'Axe I. Les différents modèles dimensionnels alternatifs ont de nombreux points communs ; ils semblent couvrir des domaines importants du dysfonctionnement de la personnalité. Leur intégration, leur utilité clinique, leurs relations avec les catégories diagnostiques des troubles de la personnalité ainsi que divers aspects du dysfonctionnement de la personnalité font l'objet d'investigations actives.

Groupe A des troubles de la personnalité

F60.0 [301.0] Personnalité paranoïaque

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Personnalité paranoïaque est un mode général de méfiance soupçonneuse à l'égard des outres 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, mème si aucune preuve ne vient étayer ces attentes (Critère Al). 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 attente à leur caractère ou leur réputation ou qu'ils ont été insultés d'une maniere 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 étayent 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 de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, ou d'un autre Trouble psychotique, ou s'il est dû aux effets physiologiques directs d'un trouble neurologique (p. ex., épilepsie temporale) ou d'une affection médicale générale (Critère B).

Caractéristiques et troubles associés

Les individus présentant une personnalité paranoïaque sont habituellement difficiles à supporter et ont souvent des difficultés dans leurs relations proches. Leur coté soupçonneux et hostile peut s'exprimer sous la forme d'une quérulence 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 souvent 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 majeur ou

un risque accru d'Agoraphobie et de Trouble obsessionnel-compulsif. On observe souvent un Abus ou une Dépendance concernant l'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.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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.

La Personnalité paranoïaque peut se manifester initialement pendant l'enfance ou l'adolescence par une attitude solitaire, une mauvaise relation avec les pairs, une anxiété sociale, de mauvais résultats scolaires, une hypersensibilité, des pensées ou 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, le diagnostic semble plus fréquent chez l'homme.

Prévalence

La prévalence de la Personnalité paranoïaque serait de 0,5 à 2,5 % dans la population générale, de 10 à 30 % parmi les patients psychiatriques hospitalisés et de 2 à 10 % parmi les patients psychiatriques vus en consultation.

Aspects familiaux

Certains indices sont en faveur d'un risque accru de Personnalité paranoïaque chez les parents des sujets schizophrènes et d'une relation familiale plus spécifique avec le Trouble délirant à type de persécution.

Diagnostic différentiel

La Personnalité paranoïaque peut être distinguée du Trouble délirant à type de persécution, de la Schizophrénie de type paranoïde 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., des idées délirantes et des 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 Trouble psychotique chronique de l'Axe I (p. ex., une Schizophrénie) a été précédé par une Personnalité

paranoïaque, le Trouble de la personnalité doit être noté sur l'Axe II, suivi de la mention prémorbide » entre parenthèses.

La Personnalité paranoïaque doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., Trouble lié à la cocaïne, non spécifié). Enfin, elle doit aussi être distinguée des **traits paranoïaques associés au développement d'une infirmité physique** (p. ex., un déficit de l'ouïe).

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 **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, froids et distants mais elles ne présentent habituellement pas une idéation persécutoire majeure. La tendance des individus paranoïaques à réagir avec colère à des stimulus 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 clans 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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité paranoïaque sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état.

Critères diagnostiques de F60.0 [301.001 La personnalité paranoïaque

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'est-à-dire 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 de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

N.-B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition (l'une Schizophrénie, indiquer prémorbide », par exemple : «Personnalité paranoïaque (prémorbide) ».

F60.1 1301.201 Personnalité schizoïde

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Personnalité schizoïde est un mode général (le 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 (l'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 Al). Ils préfèrent passer leur temps seul plutôt qu'avec autrui. Tels des ermites, ils semblent souvent isolés socialement et choisissent presque toujours des passe-temps ou des acti-

vites 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). Il 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, (l'un Trouble (le l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement, ou s'il est dû aux effets physiologiques directs d'une affection neurologique (p. ex., épilepsie temporale) ou d'une affection médicale générale (Critère B).

Caractéristiques et troubles associés

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 individus peuvent bien se débrouiller quand ils 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 sujets ayant ce trouble peuvent parfois présenter un Trouble dépressif majeur. Les Troubles de la personnalité qui sont le plus souvent associés à la Personnalité schizoïde sont les Personnalités schizotypiques, paranoïaques et évitantes.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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.

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 qui les exposent aux moqueries.

La Personnalité schizoïde est diagnostiquée plus souvent chez les hommes et peut causer une déficience plus importante chez eux.

Prévalence

La Personnalité schizoïde est rare en pratique clinique.

Aspects familiaux

La prévalence de la Personnalité schizoïde serait plus élevée parmi les parents des sujets présentant une Schizophrénie ou une Personnalité schizotypique.

Diagnostic différentiel

La Personnalité Schizoïde 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., des idées délirantes et des 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 trouble psychotique chronique de l'Axe I (p. ex., une Schizophrénie) a été précédé par une Personnalité schizoïde, le trouble de la personnalité doit être noté sur l'Axe II suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

Il peut être très difficile de distinguer les personnes qui ont une Personnalité schizoïde de celles qui ont des formes légères de **Trouble autistique** ou de **Trouble d'Asperger.** Les formes légères de Trouble autistique ou de Trouble d'Asperger se distinguent par une perturbation plus sévère des interactions sociales et par une stéréotypie des comportements et des intérêts.

La Personnalité schizoïde doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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 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 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 (l'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 clans 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 (le 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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité schizoïde sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état.

Critères diagnostiques de F60.1 [301.201 La personnalité schizoïde

A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles clans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent clans 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 (l'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes
(4) n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune

(suite)

Critères diagnostiques de F60.1 [301.201
La personnalité schizoïde *(suite)*

(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 de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

N.-B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer « prémorbide », par exemple : « Personnalité schizoïde (prémorbide) ».

F21 [301.22] Personnalité schizotypique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Personnalité schizotypique est un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et par 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.

Les individus présentant une Personnalité schizotypique ont souvent des idées de référence (p. ex., 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 des idées de persécution (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 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 de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement (Critère B).

Caractéristiques et troubles associés

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 (l'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 clans leurs antécédents au moins un Épisode dépressif majeur. Entre 30 et 50 % des sujets qui ont une Personnalité schizotypique ont un diagnostic concomitant de Trouble dépressif majeur quand ils sont hospitalisés. Le Trouble est souvent associé à une Personnalité schizoïde, paranoïaque, évitante ou borderline.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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).

La Personnalité schizotypique peut se manifester initialement pendant l'enfance ou l'adolescence par un coté 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. La Personnalité schizotypique est peut-être un peu plus fréquente chez l'homme.

Prévalence

La prévalence de la Personnalité schizotypique serait d'environ 3 % dans la population générale.

Évolution

La Personnalité schizotypique a une évolution assez stable ; un faible pourcentage de sujets seulement évoluent vers une Schizophrénie ou un autre Trouble psychotique.

Aspects familiaux

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.

Diagnostic différentiel

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., des idées délirantes et des 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 chronique de l'Axe I (p. ex., une Schizophrénie) a été précédé pal ' une Personnalité schizotypique, le Trouble de la personnalité doit être enregistré sur l'Axe II suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

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**

autistique, de **Trouble d'Asperger,** de **Troubles du langage de type expressif** ou **de type mixte, réceptif et expressif.** Les **Troubles de la communication** peuvent être distingués par le coté prédominant et sévère du trouble du langage qui s'accompagne d'efforts compensatoires de l'enfant pour communiquer par d'autres moyens (p. ex., par des gestes) et par les signes caractéristiques d'un langage altéré qui sont décelés par des examens spécialisés. Les formes légères de Trouble autistique et de Trouble d'Asperger sont différenciées par un déficit encore plus grave de la relation sociale et affective et par la stéréotypie des comportements et des intérêts.

La Personnalité schizotypique doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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 clans 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 avec des symptômes affectifs marqués. lin 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 pas dans la Personnalité schizotypique les comportements impulsifs et manipulateurs de la Personnalité borderline. Ces cieux 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.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité paranoïaque sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. Selon la CIM-10, cet état n'est pas un Trouble de la personnalité mais est inclus clans un chapitre qui regroupe la Schizophrénie, le Trouble schizotypique et les Troubles délirants.

Critères diagnostiques de F21 1301.221 La personnalité schizotypique

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 (par exemple superstition, croyance clans un don de voyance, clans la télépathie ou clans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres)
(3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles
(4) pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonstanciés, 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 due 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 de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

N.-B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer prémorbide », par exemple : « Personnalité schizotypique (prémorbide) ».

Groupe B des troubles de la personnalité

F60.2 [301.71 Personnalité antisociale

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 bafouées. 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. Ils sont décrits de manière plus détaillée p. 110.

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 Al). 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 se retrouver souvent 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 (excès de vitesse répétés, conduite en état d'ivresse, 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 rie plans réalistes pour trouver autre chose. Il peut 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 », « ça devait de toute façon lui arriver »). Ils peuvent accuser leurs victimes (l'avoir été stupides, de ne pas savoir se débrouiller ou de mériter leur sort. 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 Épisode maniaque (Critère D).

Caractéristiques et troubles associés

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. Il peuvent avoir une opinion orgueilleuse et arrogante d'eux- mêmes (ils pensent p. ex., 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) ; ils peuvent aussi 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 récidive 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 (l'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 liés à une substance, de Somatisation, de Jeu pathologique et d'autres

Troubles du contrôle des impulsions. Ces sujets présentent 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.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge ou au sexe

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.

Par définition, un diagnostic de Personnalité antisociale ne peut pas être porté avant l'âge de 18 ans. 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.

Prévalence

La prévalence globale de la Personnalité antisociale clans la population générale est de l'ordre de 3 % chez l'homme et de 1 % chez la femme. Les estimations de la prévalence dans des populations de patients varient de 3 à 30 % selon la nature des groupes étudiés. Des taux encore plus élevés ont été rapportés dans des centres de traitement de la toxicomanie, dans des prisons et dans des contextes médico-légaux.

Évolution

La Personnalité antisociale a une évolution chronique mais 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 peut concerner toute la panoplie des comportements antisociaux et toxicomaniaques.

Aspects familiaux

La Personnalité antisociale est plus fréquente chez les parents du premier degré des patients qui présentent ce trouble que clans 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 Somatisation et de Troubles liés à l'utilisation d'une substance. Dans les familles à antécédents de Personnalité antisociale, les hommes présentent plus souvent une Personnalité antisociale ou des Troubles liés à l'utilisation d'une substance et les femmes plus souvent des Somatisations. Toutefois, l'ensemble de ces troubles a 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 pour ce groupe de troubles. Tant les enfants biologiques que les enfants adoptés des parents qui ont une Personnalité antisociale présentent un risque supérieur de Personnalité antisociale, de Somatisation et de Troubles liés à l'utilisation 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.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de Personnalité antisociale n'est pas posé avant 18 ans et n'est, d'autre part, porté que s'il y a 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.

Lorsque le comportement antisocial d'un adulte est associé à un **Trouble lié à 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 (le Trouble lié à l'utilisation 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 liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., le trafic de drogue ou des vols pour obtenir de l'argent pour ses drogues). Un comportement antisocial qui survient exclusivement au cours de l'évolution d'une **Schizophrénie** ou d'un **Épisode maniaque** ne justifie pas un diagnostic de Personnalité antisociale.

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 clans 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 clans 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 clans 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 clans 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.

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. Le diagnostic de **Comportement antisocial de l'adulte** (dans la liste des « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique », p. 841) peut être utilisé pour décrire les comportements criminels, agressifs ou antisociaux autres qui font l'objet d'une prise en charge clinique mais qui ne remplissent pas tous les critères de la Personnalité antisociale. 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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques g our la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité antisociale sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. À la différence du DSM-IV, la CIM-10 ne demande pas de symptômes de Trouble des conduites durant l'enfance. Dans la CIM-10, cet état s'appelle Personnalité dyssociale.

Critères diagnostiques de F60.2 [301.71 La personnalité antisociale

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 par profit 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 ou agressivité, indiquées par 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

(suite)

❑ **Critères diagnostiques de F60.2 1301.71**
La personnalité antisociale *(suite)*

B. Âge au moins égal à 15 ans.

C. Manifestations d'un Trouble des conduites (voir p. 115) débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Épisode maniaque.

F60.31 [301.83] Personnalité borderline

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 (ils sont p. ex., 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 rie 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). 11 y a ries 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 quémandent 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 ou 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 rie 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 souvent précipités par des menaces de séparation ou rie rejet ou par l'attente que le sujet assume plus de responsabilités. Une automutilation peut survenir pendant une expérience de dissociation et apporte souvent un soulagement dans la mesure où elle vient reconfirmer que le sujet peut ressentir voire qu'il expie le fait qu'il est mauvais.

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, rie 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 rie 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). lis 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 attentionné 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'a le sujet d'être mauvais. Une idéation persécutoire ou des symptômes clissociatifs transitoires (p. ex., de la dépersonnalisation) peuvent survenir pendant des périodes de stress extrêmes (Critère 9) niais ont habituellement une sévérité et une durée insuffisantes pour justifier un diagnostic supplémentaire. Ces épisodes surviennent le plus souvent en réponse à un abandon réel ou imaginé. Les symptômes sont habituellement transitoires et ne durent que quelques minutes à quelques heures. 1,e retour effectif de la personne qui s'occupe du sujet, ou ce qui est perçu comme tel, peut provoquer la rémission des symptômes.

Caractéristiques et troubles associés

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 ; ou en régressant sévèrement, juste après avoir discuté des progrès qu'ils ont faits sous traitement ; ou encore 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., un animal de compagnie ou un 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 lié à l'utilisation d'une substance concomitants. Des handicaps physiques peuvent résulter d'un abus de substances ou (le 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 de l'Axe I qui sont souvent associés on note les Troubles de l'humeur, les Troubles liés à l'utilisation d'une substance, les Troubles des conduites alimentaires (notamment la Boulimie), l'État de Stress post-traumatique, le Déficit de l'attention/hyperactivité. La Personnalité borderline est aussi souvent associée à d'autres Troubles de la personnalité.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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 cela est accompagné par l'utilisation 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. Le diagnostic de Personnalité borderline est fait plus souvent (dans 75 % des cas) chez la femme.

Prévalence

La prévalence de la Personnalité borderline est évaluée à environ 2 de la population générale, à 10 % chez les individus vus en consultation psychiatrique et à environ 20 % chez les patients hospitalisés dans des services de psychiatrie. La prévalence est comprise entre 30 et 60 % dans les populations vues en clinique pour des troubles de la personnalité.

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 impor-

tant 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. La plupart de ces sujets deviennent plus stables clans leurs relations et leur travail pendant leur quatrième et cinquième décennies. 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 première année. La plupart de ces sujets deviennent plus stables clans 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 clans 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.

Aspects familiaux

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 liés à l'utilisation d'une substance, la Personnalité antisociale et les Troubles de l'humeur.

Diagnostic différentiel

La Personnalité borderline est souvent observée en même temps que des **Troubles de l'humeur.** Les cieux diagnostics peuvent être portés quand les critères des cieux entités sont remplis. Le tableau de la Personnalité borderline, considéré à un instant donné, peut ressembler à un épisode d'un Trouble de l'humeur ; 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.

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 coté autodestructeur, par la rupture violente de relations proches et par des sentiments de vide profond et de solitude. Des idées persécutoires et des illusions peuvent être présentes clans la Personnalité borderline comme dans la **Personnalité schizotypique** mais ces symptômes sont plus transitoires, présentent plus de réactivité interpersonnelle et répondent plus 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 stimulus 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.

La Personnalité borderline doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

La Personnalité borderline doit être différenciée des **Problèmes d'identité** (voir p. 853) 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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la personnalité borderline sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. Dans la CIM-10, cet état s'appelle Personnalité émotionnellement labile, type borderline.

Critères diagnostiques de F60.31 1301.831 La personnalité borderline

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 caractérisées 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.

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F60.31 [301.831 La personnalité borderline *(suite)*

(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 clans des situations rie stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

F60.4 1301.50] Personnalité histrionique

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 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 (avec p. ex., des flatteries, des cadeaux, des descriptions théâtrales de symptômes physiques et psychologiques qui sont toujours 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 clans 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, leurs toilettes ou leur maquillage. Ils peuvent être en quête de compliments sur leur toilette et ils peuvent 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 peut 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 (en embrassant p. ex., 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 et troubles associés

Les individus qui ont une Personnalité histrionique peuvent avoir du mal 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 dépendant 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 font 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 (les 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 Somatisation, de Conversion et de Trouble dépressif majeur. L'association est fréquente avec les Personnalités borderline, narcissiques, antisociales et dépendantes.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Les nonnes 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., l'émotionnalité, la séduction, le théâtralisme de la relation interpersonnelle, la quête de la nouveauté, la sociabilité, le coté charmeur, la suggestibilité et la 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. 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 (l'évaluation structurés ont rapporté des prévalences similaires chez l'homme et chez la femme. L'expression comportementale de la Personnalité histrionique peut être influencée par les stéréotypes sur le râle de chaque sexe. Un homme qui a cette personnalité peut par exemple s'habiller et se comporter en « macho » et chercher à capter l'attention en vantant ses prouesses athlétiques alors qu'une femme pourra choisir des vêtements très féminins et dire combien elle a impressionné son professeur (le danse.

Prévalence

Des données limitées obtenues dans la population générale suggèrent que la prévalence (le la Personnalité histrionique serait de 2 à 3 %. Des chiffres de 10 à 15 % ont été rapportés en utilisant des instruments structurés dans (les centres psychiatriques d'hospitalisation ou de consultation.

Diagnostic différentiel

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 coté autodestructeur, par des ruptures violentes des relations proches et par des sentiments chroniques de vide profond et (le 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 (l'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.

La Personnalité histrionique doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité histrionique sont pour l'essentiel identiques, sauf que la CIM-10 comporte un item de moins (à savoir : manière de parler trop subjective mais pauvre en détails) et qu'un item de moins est nécessaire pour le seuil diagnostique.

Critères diagnostiques de F60.4 [301.501 La personnalité histrionique

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 ou 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

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F60.4 [301.50] La personnalité histrionique** *(suite)*

(6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle
(7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances
considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

F60.8 [301.811 Personnalité narcissique

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Personnalité narcissique est un mode général de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers.

Les personnes qui ont cette personnalité ont un sens grandiose de leur propre importance (Critère 1). Elles surestiment habituellement leurs capacités et exagèrent leurs réalisations, ce qui les fait paraître vantardes et prétentieuses. Elles supposent béatement que les autres auront la même estime pour leur activité et peuvent s'étonner que les louanges qu'elles 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 personnes qui ont une Personnalité narcissique pensent qu'elles sont supérieures, spéciales ou uniques et s'attendent à ce que les autres les reconnaissent comme telles (Critère 3). Elles pensent parfois qu'elles ne peuvent être comprises et entourées 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 augmentée (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 « meilleures » 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 considérer 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 généralement 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 impatients 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 ex-partenaire 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 personnes avant 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 que eux-mêmes seraient plus dignes *de* ces réalisations, de cette gloire et de ces privilèges. Elles peuvent dévaloriser sèchement la contribution des autres, surtout si ces autres personnes ont reçu des distinctions ou ries louanges pour leurs réalisations. Les personnes narcissiques sont souvent 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 et troubles associés

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 (lu sentiment que les choses sont dues, du besoin d'être admiré et du manque relatif (l'égard pour la sensibilité d'autrui. Bien que l'excès d'ambition et de confiance en soi puisse mener a des réussites, les performances peuvent aussi être entravées par l'intolérance a la critique et à l'échec. Parfois le fonctionnement professionnel peut être médiocre a 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 dysthymique ou dépressif majeur. Mais (les périodes prolongées de grandiosité peuvent aussi être associées à une humeur hypomaniaque. La Personnalité narcissique est en outre associée à l'Anorexie mentale et aux Troubles liés à l'utilisation 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.

Caractéristiques liées à l'âge et au sexe

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. Le diagnostic de Personnalité narcissique est fait dans 50 à 75 % des cas chez l'homme.

Prévalence

Les estimations de la prévalence de la Personnalité narcissique vont de 2 à 16 % chez les personnes vues dans un contexte psychiatrique et de moins de 1 % dans la population générale.

Diagnostic différentiel

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 (les 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, (l'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 clans les Personnalités borderline, histrioniques et narcissiques un grand besoin d'attention ; clans 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 ten-

dance 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'eux. A la différence de la critique de soi-même qu'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. 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.

La Personnalité narcissique doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 incluent l'ensemble des critères du DSM-IV pour la Personnalité narcissique dans l'Annexe 1 (Critères provisoires pour certains troubles).

Critères diagnostiques de F60.8 1301.811 La personnalité narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et (le 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 :

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F60.8 [301.81] La personnalité narcissique** *(suite)*

(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

Groupe C des troubles de la personnalité

F60.6 [301.82] Personnalité évitante

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'hypersensibilité 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 (les 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 étriqué. 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 et troubles associés

Les personnes 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 (les 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 essayent (l'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 de l'humeur et les Troubles anxieux (notamment les Phobies sociales de type généralisé). Un diagnostic de Personnalité évitante est souvent associé à celui rie 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 (paranoïaque, schizoïde, schizotypique).

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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. Le 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. La Personnalité évitante semble être aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

La prévalence de la Personnalité évitante dans la population générale est de 0,5 à 1 %. Certaines études ont fait état d'une prévalence de l'ordre de 10 % chez les patients vus en consultation psychiatrique.

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.

Diagnostic différentiel

Il semble y avoir un chevauchement important entre la Personnalité évitante et la Phobie sociale de type généralisé, 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 du Trouble panique avec agoraphobie et ces cieux troubles sont souvent observés en même temps. Dans le Trouble panique avec agoraphobie, l'évitement débute typiquement après l'apparition des attaques de panique et peut varier selon la fréquence et l'intensité de celles-ci. Dans la Personnalité évitante en revanche, l'évitement tend à apparaître précocement, en l'absence de facteurs précipitants clairs, et à avoir une évolution stable.

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'humilia-

Lion 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'a une peur des attentions malfaisantes d'autrui.

La Personnalité évitante doit être distinguée des Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité évitante sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. Dans la CIM-10, cet état porte les deux noms de Personnalité anxieuse ou de Personnalité évitante.

• Critères diagnostiques de F60.6 [301.82] La personnalité évitante

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité 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

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F60.6 1301.821
La personnalité évitante *(suite)*

(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 incompétent, sans attrait ou inférieur aux autres
(7) est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager clans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras

F60.7 [301.6] Personnalité dépendante

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 (le l'âge adulte et est présent (Lins 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 avant 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 déterminer 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 exister chez quelqu'un qui souffre d'une affection médicale générale 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 personnes qui ont une Personnalité dépendante ont souvent du mal à exprimer leur désaccord, notamment avec la personne dom elles dépendent, en raison de leur crainte de ne plus être soutenues ou acceptées (Critère 3). Elles se sentent tellement incapables de fonctionner seules qu'elles accepteront des choses qu'elles savent pertinemment être fausses plutôt que de risquer de perdre l'aide de la personne dont elles dépendent. Elles 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 doit être signé 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 persécution des cf 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 énormes 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., une rupture avec un partenaire sexuel ou le 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 et troubles associés

Les individus qui ont une Personnalité dépendante sont souvent caractérisés par le pessimisme et le doute d'eux-mêmes, tendent à rabaisser leurs capacités et leurs dons et peuvent constamment se dire « stupides ». Ils prennent la critique et le désaccord comme une preuve de leur incapacité et perdent foi en eux-mêmes. Ils peuvent recher-

cher 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 de l'humeur, 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.

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

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 lorsque qu'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. Ce diagnostic doit être porté avec beaucoup de réserve et doit même être évité, chez les enfants et les adolescents où un comportement dépendant peut faire partie d'un développement adapté. En clinique, le diagnostic est plus souvent porté chez la femme, mais certaines études font état de prévalences similaires chez l'homme et chez la femme.

Prévalence

La Personnalité dépendante figure parmi les Troubles de la personnalité les plus souvent observés dans les services de psychiatrie.

Diagnostic différentiel

La personnalité dépendante doit être distinguée de la dépendance qui résulte d'un trouble coté sur l'Axe I (p. ex., d'un **Trouble de l'humeur,** d'un **Trouble panique** et d'une **Agoraphobie)** ou d'une **affection médicale générale.** La Personnalité dépendante a un début précoce, une évolution chronique et se traduit par un mode de comportement qui ne survient pas exclusivement en même temps qu'un trouble de l'Axe I ou

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 border-**

line 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 personnes qui ont une Personnalité histrionique ont, comme celles qui ont une Personnalité dépendante, un besoin important (l'être rassurées et approuvées et peuvent sembler puériles et « collantes ». Toutefois, à la différence de la Personnalité dépendante qui est caractérisée par un comportement discret et docile, la Personnalité histrionique est caractérisée par un coté grégaire hyperexpressif et une quête active d'attention. La Personnalité dépendante et la Personnalité évitante sont toutes deux caractérisées par (les 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 personnes 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 elles-mêmes.

La Personnalité dépendante doit être distinguée des Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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.

*Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la **CIM-10***

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la Personnalité dépendante sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état.

Critères diagnostiques de F60.7 1301.61 La personnalité dépendante

Besoin général et excessif (l'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 (les manifestations suivantes :

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F60.7 1301.61 La personnalité dépendante** *(suite)*

(1) le sujet a du mal à prendre ries décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui
(2) a besoin que d'autres assument les responsabilités clans 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 rie faire volontairement des choses désagréables
(ô) 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

F60.5 (301.41 Personnalité obsessionnelle-compulsive

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle rie 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 clans 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 égarent 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 clans leur fonctionnement. Ils peuvent passer tel-

lement 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 obesssionnels-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 ries 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 contes 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 individus 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 ries tâches ou à travailler avec d'autres (Critère 6). Ils insistent, avec entêtement et sans raison, pour que l'on fasse les choses à leur manière et pour que les gens suivent leurs consignes. Ils 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 ils sont surpris et irrités si d'autres suggèrent des alternatives utiles. Ils peuvent parfois refuser d'être aidés, même s'ils sont en retard, parce qu'ils 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 du mal 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 et troubles associés

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 clans 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. Leur relations quotidiennes ont un aspect formel et guindé et ils peuvent être rigides clans 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 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 (le 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 Personna-

lité obsessionnelle-compulsive et les Troubles de l'humeur ou les Troubles des conduites alimentaires.

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

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. Dans les études systématiques, un diagnostic de Personnalité obsessionnelle-compulsive est fait deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Prévalence

Les études fondées sur une évaluation systématique estiment la prévalence de la Personnalité obsessionnelle-compulsive à environ 1 % des échantillons de la population générale et à 3 à 10 % parmi les clients des consultations psychiatriques.

Diagnostic différentiel

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. En particulier, 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). Quand les critères des deux troubles sont remplis, les deux diagnostics doivent être enregistrés.

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 personnes qui ont une Personnalité obsessionnelle-compulsive sont habituellement critiques vis-à-vis d'elles-mêmes. Les personnes ayant une Personnalité narcissique ou une **Personnalité antisociale** manquent également de générosité mais s'accordent beaucoup de choses à elles- 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.

La Personnalité obsessionnelle-compulsive doit être distinguée des **Modifications de la personnalité dues à une affection médicale générale** où les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des **symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance** (p. ex., un Trouble lié à la cocaïne, non spécifié).

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.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. Dans la CIM-10, cet état s'appelle Personnalité anankastique.

Critères diagnostiques de F60.5 [301.41 La personnalité obsessionnelle-compulsive

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) préoccupations 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

(suite)

☐ **Critères diagnostiques de F60.5 [301.4] La personnalité obsessionnelle-compulsive** *(suite)*

(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

F60.9 1301.91 Trouble de la personnalité, non spécifié

Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité (se référer aux critères diagnostiques généraux d'un Trouble de la personnalité p. 789) qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la personnalité spécifique. Un exemple en est la présence de caractéristiques appartenant à plusieurs troubles de la personnalité, sans que les critères d'un Trouble particulier de la personnalité soient remplis (« personnalité mixte »), mais néanmoins responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (p. ex. social ou professionnel). Cette catégorie peut aussi être utilisée lorsque le clinicien estime qu'un diagnostic spécifique de Trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification est approprié, par exemple celui de personnalité dépressive ou de personnalité passive-agressive (voir p. 908 et p. 910 respectivement pour les critères proposés pour la recherche).

Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Cette section décrit les autres situations ou problèmes qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique. Ceux-ci sont liés aux troubles mentaux décrits précédemment dans ce manuel d'une des manières suivantes : 1) le problème nécessite un diagnostic ou un traitement et l'individu n'a pas de trouble mental (p. ex., Problème relationnel avec le partenaire dans le cas où aucun des partenaires n'a de symptômes remplissant les critères pour un trouble mental et où seul le Problème relationnel avec le partenaire est enregistré), 2) l'individu a un trouble mental, mais celui-ci est sans relation avec le problème, (p. ex., un Problème relationnel avec le partenaire et, par ailleurs, un des partenaires présente une Phobie spécifique ; dans ce cas, les deux diagnostics peuvent être enregistrés) et 3) l'individu a un trouble mental qui est en relation avec le problème mais le problème est suffisamment sévère pour justifier par lui-même un examen clinique (p. ex., un Problème relationnel avec le partenaire suffisamment sévère pour justifier à lui seul un examen clinique et qui est également associé à un Trouble dépressif majeur chez un des partenaires ; dans ce cas, les deux diagnostics peuvent être enregistrés). Les situations et les problèmes de cette section sont codés sur l'Axe I.

Facteurs psychologiques influençant une affection médicale

F54 [316] Facteurs psychologiques influençant une affection médicale

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle des Facteurs psychologiques influençant une affection médicale est la présence d'un ou de plusieurs facteurs psychologiques ou comportementaux spécifiques influençant défavorablement une affection médicale générale. Ces facteurs peuvent influencer défavorablement l'affection médicale générale de nom-

breuses manières différentes. Les facteurs peuvent influencer l'évolution de l'affection médicale générale (ce qui peut être déduit de l'observation d'une relation chronologique étroite entre les facteurs et la survenue, l'exacerbation ou la guérison de l'affection médicale). Les facteurs peuvent interférer avec le traitement de l'affection médicale générale. Les facteurs peuvent constituer un facteur de risque supplémentaire pour la santé de l'individu (p. ex., continuer des excès alimentaires chez un individu atteint de diabète gras). Ils peuvent précipiter ou exacerber les symptômes d'une affection médicale générale en provoquant une réponse physiologique en relation avec le stress (p. ex., en provoquant une douleur thoracique chez l'individu présentant une maladie coronarienne ou en provoquant un bronchospasme chez l'individu présentant de l'asthme).

Les facteurs psychologiques ou comportementaux qui influencent les affections médicales générales comportent les troubles de l'Axe I, les troubles de l'Axe II, des symptômes psychologiques ou des traits de personnalité ne remplissant pas tous les critères d'un trouble mental spécifique, des comportements inadaptés en matière de santé et des réponses physiologiques à des stress environnementaux ou sociaux.

Les facteurs psychologiques ou comportementaux jouent un rôle potentiel dans la présentation clinique ou le traitement de presque toutes les affections médicales générales. Cette catégorie doit être réservée aux situations dans lesquelles les facteurs psychologiques ont un effet clinique significatif sur l'évolution ou l'issue d'une affection médicale générale, ou augmentent significativement chez l'individu le risque d'une issue défavorable. Une association entre les facteurs psychologiques et l'affection médicale peut être raisonnablement évoquée bien qu'il ne soit souvent pas possible de démontrer un lien de causalité direct ou des mécanismes sous-jacents à la relation. Des facteurs psychologiques et comportementaux peuvent influencer l'évolution de la plupart des catégories majeures de maladies, y compris les affections cardio-vasculaires, dermatologiques, endocrinologiques, gastro-intestinales, néoplasiques, neurologiques, pulmonaires, rénales et rhumatologiques.

Le diagnostic : Facteurs psychologiques influençant une affection générale est enregistré sur l'Axe I et l'affection médicale générale accompagnante est enregistrée sur l'Axe III. (Voir l'annexe G pour une sélection de codes diagnostiques des affections médicales générales.) Le type tic facteur psychologique impliqué est précisé dans la liste ci-dessous clans le but d'améliorer la spécificité. Quand plus d'un facteur est présent, seul le plus important doit être spécifié.

Trouble mental influençant... (indiquer l'affection médicale générale). Un trouble spécifique de l'Axe I ou de l'Axe II influence de façon significative l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale (p. ex., un Trouble dépressif majeur influençant défavorablement le pronostic d'un infarctus du myocarde, d'une insuffisance rénale ou d'une hémodialyse ; une schizophrénie compliquant le traitement d'un diabète sucré). En plus de l'enregistrement de cette affection sur l'Axe I, le trouble mental spécifique est aussi enregistré sur l'Axe I ou l'Axe II.

Symptômes psychologiques influençant... (indiquer l'affection médicale générale). Symptômes ne remplissant pas les critères d'un trouble de l'Axe I et qui influencent significativement l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale (p. ex., symptômes anxieux ou dépressifs influençant l'évolution et la sévérité d'un syndrome du colon irritable ou d'un ulcère peptique ou compliquant le rétablissement après un acte chirurgical).

Traits de personnalité ou style de coping... (indiquer l'affection médicale générale). Un trait de personnalité ou un style de coping maladapté influencent significativement l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale. Les traits de personnalité peuvent être trop peu marqués pour correspondre à un diagnostic de l'Axe II ou représenter un autre modèle comportemental dont on a démontré qu'il était un facteur de risque pour certaines maladies. (p. ex., le comportement de « type A », pressé, hostile pour une maladie coronarienne). Les traits de personnalité et les styles de coping maladaptés peuvent entraver les relations de travail dans le cadre du travail du personnel soignant.

Comportements inadaptés en matière de santé influençant... (indiquer l'affection médicale générale). Des comportements inadaptés en matière de santé (vie sédentaire, pratiques sexuelles à risques, excès alimentaire, consommation excessive d'alcool ou de substances) influencent significativement l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale. Si les comportements inadaptés sont attribués à un trouble de l'Axe 1 (p. ex., excès alimentaire dans le cadre d'une Boulimie, consommation (l'alcool dans le cadre d'une Dépendance à l'alcool), le diagnostic de « Trouble mental influençant une affection médicale générale » doit plutôt être posé.

Réponse physiologique liée au stress influençant... (indiquer l'affection médicale générale). Des réponses physiologiques liées au stress influencent significativement l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale (p. ex., provoquent une douleur thoracique ou une arythmie chez un patient présentant une insuffisance coronarienne).

Facteurs autres ou non spécifiés influençant... (indiquer l'affection médicale générale). Un facteur non inclus dans les sous-types spécifiés ci-dessus ou un facteur psychologique ou comportemental non spécifié influence significativement l'évolution ou le traitement d'une affection médicale générale.

Diagnostic différentiel

Un lien temporel entre les symptômes d'un trouble mental et une affection médicale générale caractérise également le Trouble mental dû à une affection médicale générale, mais la causalité présumée est inversée. Dans le Trouble mental dû à une affection médicale générale, l'affection médicale générale est jugée responsable du trouble par l'intermédiaire d'un mécanisme physiologique direct. Dans les Facteurs psychologiques influençant une affection médicale, les facteurs psychologiques ou comportementaux sont jugés influencer l'évolution de l'affection médicale générale.

Les Troubles liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., Dépendance à l'alcool, Dépendance à la nicotine} influencent défavorablement le pronostic de nombreuses affections médicales générales. Si un individu présente de façon concomitante un Trouble lié à l'utilisation d'une substance qui influence défavorablement ou cause une affection médicale générale, le diagnostic de Trouble mental influençant une affection médicale générale peut être codé sur l'Axe I, en plus du Trouble lié à l'utilisation d'une substance. Lorsque les modes d'utilisation d'une substance ne remplissent pas les critères de Trouble lié à l'utilisation d'une substance mais influencent une affection médicale générale, le diagnostic de Comportements inadaptés en matière de santé influençant une affection médicale générale peut être utilisé.

Les Troubles somatoformes se caractérisent par la présence à la fois de facteurs psychologiques et de symptômes psychiques sans qu'il y ait d'affection médicale générale qui puisse entièrement rendre compte des symptômes physiques. Au contraire, dans les Facteurs psychologiques influençant une affection médicale, les facteurs psychologiques influencent défavorablement une affection médicale générale diagnostiquable. Les facteurs psychologiques influençant les syndromes douloureux ne sont pas diagnostiqués comme Facteurs psychologiques influençant une affection médicale, mais plutôt comme Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques ou comme Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale.

Quand la non-observance du traitement médical prescrit pour une affection médicale générale résulte de facteurs psychologiques et devient le principal motif d'examen clinique, le diagnostic de Non-observance du traitement médical (voir p. 850) doit être enregistré.

F54 13161... *[Spécifier* le facteur psychologique] influençant... *[Indiquer l'affection médicale générale]*

A. Une affection médicale générale (codée sur l'Axe III) est présente.

B. Des facteurs psychologiques influencent défavorablement l'affection médicale générale de l'une des façons suivantes :

(1) les facteurs ont influencé l'évolution de l'affection médicale générale comme en témoigne l'existence d'une étroite relation chronologique entre les facteurs psychologiques et l'apparition, l'exacerbation ou la guérison de l'affection médicale générale
(2) les facteurs interfèrent avec le traitement rie l'affection médicale générale
(3) les facteurs constituent un risque supplémentaire pour la santé de l'individu
(4) les réponses physiologiques au stress provoquent ou aggravent les symptômes de l'affection médicale générale

choisir en fonction de la nature des facteurs psychologiques (si plus d'un facteur est présent, indiquer celui qui prédomine)

Trouble mental **influençant...[Indiquer** l'affection médicale générale] (p. ex., un trouble de l'Axe I comme un Trouble dépressif majeur entravant la guérison d'un infarctus du myocarde)

Symptômes psychologiques influençant... [Indiquer l'affection médicale générale] (p. ex., des symptômes dépressifs entravant la convalescence d'une opération chirurgicale ; de l'anxiété aggravant une maladie asthmatique)

(suite)

☐ F54 13161... *[Spécifier* **le facteur psychologique) influençant...** *'Indiquer l'affection médicale générale' (mile)*

Traits de personnalité ou style de **coping** influençant... **[Indiquer** l'affection médicale générale] (p. ex., déni pathologique de la nécessité d'une opération chirurgicale chez un patient avant un cancer ; comportement hostile et pressé contribuant à une maladie cardiovasculaire)

Comportements inadaptés en matière de santé influençant... [Indiquer l'affection médicale générale] (p. ex., excès alimentaire ; manque (l'exercice ; comportement sexuel à risque)

Réponse physiologique liée au stress influençant... [Indiquer l'affection médicale générale] (p. ex., situation de stress aggravant un ulcère, une hypertension, une arythmie, ou des céphalées (le tension)

Facteurs psychologiques autres ou non spécifiés influençant... [Indiquer l'affection médicale générale] (p. ex., facteurs interpersonnels, culturels ou religieux)

Troubles des mouvements induits par un médicament

Les Troubles (les mouvements induits par un médicament suivants sont inclus en raison de leur importance et (le leur fréquence dans [1]) la prise en charge médicamenteuse des troubles mentaux et des affections médicales générales et 2) le diagnostic différentiel avec les troubles de l'Axe I (p. ex., Trouble anxieux versus Akathisie induite par les neuroleptiques ; catatonie versus Syndrome malin (les neuroleptiques). Bien que ces troubles soient étiquetés « induits par un médicament », il est souvent difficile (l'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. Le terme ***neuroleptique*** est largement utilisé dans ce manuel pour désigner les médicaments ayant des propriétés antagonistes de la dopamine. Bien que ce terme soit quelque peu daté puisqu'il souligne la propension des médicaments antipsychotiques à produire (les mouvements anormaux, le terme ***neuroleptique*** reste approprié. 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 (p. ex. chlorpromazinc, halopéridol, fluphénazine), les antipsychotiques atypiques plus récents (p. ex., clozapine, rispéridone, olanzapine, quétiapine), certains médicaments bloqueurs des récepteurs dopaminergiques, utilisés dans le traitement

1. Voir note p. 930.

des symptômes comme les nausées et la gastroparésie (p. ex., prochlorpérazine, prométhazine, triméthobenzamide, thiéthylpérazine et métoclopramicle) et l'amoxapine qui est commercialisée comme antidépresseur. Les Troubles des mouvements induits par un médicament doivent être enregistrés sur l'Axe I.

G21.1 [332.1] Parkinsonisme induit par les neuroleptiques

Tremblement parkinsonien, rigidité musculaire ou akinésie apparaissant dans les quelques semaines qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la close d'un traitement par neuroleptiques (ou après avoir réduit la close d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux). (Voir Annexe B du DSM-IV pour les critères proposés pour la recherche.)

G21.0 [333.92] Syndrome malin des neuroleptiques

Rigidité musculaire sévère, température élevée et autres symptômes associés (p. ex., diaphorèse, dysphagie, incontinence, altération du niveau de conscience allant de la confusion au coma, mutisme, pression artérielle élevée ou labile, augmentation de la créatine phosphokinase {CPK}) survenant lors d'un traitement par neuroleptique. (Voir Annexe B du DSM-IV pour les critères proposés pour la recherche.)

G24.0 [333.7] Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques

Position anormale ou spasme des muscles de la tête, du cou, des membres ou du tronc apparaissant dans les quelques jours qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la dose d'un traitement par neuroleptiques (ou après avoir réduit la dose d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux). (Voir Annexe B du DSM-IV pour les critères proposés pour la recherche.)

G21.1 [333.99] Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques

Plaintes subjectives d'agitation accompagnées par l'objectivation de mouvements (p. ex., mouvements continuels des jambes, se balancer d'un pied sur l'autre, faire les cents pas ou incapacité à rester tranquillement assis) apparaissant clans les quelques semaines qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la dose d'un traitement par neuroleptiques (ou après avoir réduit la dose d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux). (Voir Annexe B du DSM-IV pour les critères proposés pour la recherche p. 923.)

G24.0 [333.82] Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques

Mouvements involontaires choréiformes, athétosiques ou rythmiques (durant depuis au moins quelques semaines) de la langue, des mâchoires ou des extrémités survenant après au moins quelques mois d'un traitement par neuroleptiques (ce peut être une période plus courte chez une personne âgée). (Voir p. 927 et 929 pour les critères proposés pour la recherche.)

G25.1 [333.1] Tremblement d'attitude induit par un médicament

Tremblements fins survenant lors de tentatives de maintien d'une position survenant en association avec un traitement médicamenteux (p. ex., lithium, antidépresseurs, valproate).

G25.9 [333.90] Trouble des mouvements induits par un médicament, non spécifié

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) parkinsonisme, akathisie aiguë, dystonie aigus ou mouvement dyskinétique en relation avec la prise d'un médicament autre qu'un neuroleptique, 2) une présentation clinique ressemblant à un syndrome malin des neuroleptiques associée à la prise d'un médicament autre qu'un neuroleptique et 3) une dystonie tardive.

Autre Trouble induit par un médicament

T88.7 [995.2] Effets secondaires d'un médicament non spécifiés

Cette catégorie peut être éventuellement utilisée par les cliniciens pour enregistrer les effets secondaires (l'un médicament (autres que des symptômes liés aux mouvements) lorsque ces effets secondaires deviennent une préoccupation clinique essentielle, par exemple, l'hypotension sévère, les arythmies cardiaques et le priapisme.

Problèmes relationnels

Les problèmes relationnels comprennent des modèles d'interaction entre ou parmi les membres d'une unité relationnelle qui sont associés à une altération cliniquement significative du fonctionnement ou à des symptômes parmi un ou plusieurs membres de l'unité relationnelle ou à une altération du fonctionnement *de* l'unité relationnelle elle-même. Les problèmes relationnels ci-après sont retenus parce qu'ils sont souvent à l'origine d'un examen clinique chez les individus consultant des professionnels de la santé. Ces problèmes peuvent exacerber ou compliquer la prise en charge d'un trouble mental ou d'une affection médicale générale présenté par un ou plusieurs membres de l'unité relationnelle, peuvent être la conséquence d'un trouble mental ou d'une affection médicale générale, peuvent être indépendants d'autres affections concomitantes ou peuvent survenir en l'absence de toute affection. Ces problème sont enregistrés sur l'Axe I lorsqu'ils sont le principal motif de l'examen clinique. S'ils sont présents, sans toutefois représenter le principal motif de l'examen clinique, ils doivent être enregistrés sur l'Axe N. En général, la catégorie pertinente concerne tous les membres d'une unité relationnelle traités pour le problème.

Z63.7 [V61.91 Problème relationnel lié à un trouble mental ou une affection médicale générale

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est une altération du mode d'interaction associée à un trouble mental ou à une affection médicale générale d'un membre de la famille.

Z63.8 [V61.20] Problème relationnel parent-enfant

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un mode d'interaction entre parent et enfant (p. ex., mauvaise communication, surprotection, discipline inadéquate) associé à une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu ou de la famille, ou au développement de symptômes cliniquement significatifs chez un des parents ou chez l'enfant.

Z63.0 [V61.10] Problème relationnel avec le partenaire

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un mode d'interaction entre époux ou partenaires caractérisé par une communication négative (p. ex., critiques), une communication ambiguë (p. ex., attentes irréalistes) ou l'absence de communication (p. ex., repli sur soi) associée à une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu Ou de la famille, ou au développement de symptômes chez l'un ou les deux partenaires.

F93.3 [V61.8] 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.

Z63.9 [V62.81] Problème relationnel non spécifié

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un problème relationnel qui n'est classable dans aucun des problèmes spécifiques décrits ci-dessus (p. ex., difficultés avec des collègues de travail).

Problèmes liés à l'abus ou la négligence

Cette section inclut les catégories devant être utilisées lorsque le motif d'examen clinique est la maltraitance sévère d'un individu par un autre par le biais d'un abus physique ou sexuel, ou par négligence envers un enfant. Ces problèmes sont retenus parce qu'ils sont souvent à l'origine d'un examen clinique chez les individus consultant des professionnels de la santé. Le code V approprié s'applique si le motif d'examen concerne l'auteur de l'abus ou de la négligence, ou l'unité relationnelle dans laquelle les faits se sont perpétués. Si l'individu traité ou évalué est la victime de l'abus ou de la négligence, il faut coder Y07.x [995.52, 995.53 ou 995.54] pour un enfant ou Y07.x [995.81 ou 995.83] pour un adulte (selon le type d'abus).

T74.1 [V61.21] Abus physique d'un enfant

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est l'abus physique d'un enfant.

Note de codage : *spécifier* Y07.x [995.54] *si le motif d'examen clinique concerne la victime.*

T74.2 [V61.21] Abus sexuel d'un enfant

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est l'abus sexuel d'un enfant.

Note de codage : *spécifier* Y07.x [995.53] *si le motif d'examen clinique concerne la victime.*

T74.0 [V61.21] Négligence envers un enfant

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est la négligence d'enfant.

Note de codage : *spécifier* Y07.x [995.52] *si le motif d'examen clinique concerne la victime.*

T74.1 [V61.1] Abus physique d'un adulte

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est l'abus physique d'un adulte (p. ex., femme battue, abus d'un parent âgé).

Note de codage : *spécifier*

V61.12 *lorsque le motif d'examen clinique concerne l'auteur de l'abus, et l'abus est subi par le partenaire*

V62.83 *lorsque le motif d'examen clinique concerne l'auteur de l'abus, et l'abus une personne autre que le partenaire*

995.81 *lorsque le motif d'examen clinique concerne la victime*

T74.2 [V61.1] Abus sexuel d'un adulte

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est l'abus sexuel d'un adulte (p. ex., contrainte sexuelle, viol).

Note de codage : *spécifier*

V61.12 *lorsque le motif d'examen clinique concerne l'auteur de l'abus, et l'abus est subi par le partenaire*

V62.83 *lorsque le motif d'examen clinique concerne l'auteur de l'abus, et l'abus une personne autre que le partenaire*

995.83 *lorsque le motif d'examen clinique concerne la victime*

Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Z91.1 [V15.81] Non-observance du traitement

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 affection médicale générale. 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, des traits de personnalité ou des styles de coping maladaptés (p. ex.,

déni de la maladie) ou la présence d'un Trouble mental (p. ex., Schizophrénie, Personnalité évitante). Cette catégorie doit être utilisée lorsque le problème est suffisamment sévère pour justifier par lui-même un examen clinique.

Z76.5 [V65.21 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 que : 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 — par exemple, 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).
2. Discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs (le 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. Des arguments en faveur d'un besoin intrapsychique de conserver un rôle de malade font suggérer l'existence d'un Trouble factice. La production délibérée de symptômes en rapport avec d'évidents incitants extérieurs permet de distinguer la Simulation du Trouble de conversion et des autres Troubles somatoformes. Dans la Simulation, on obtient rarement une régression des symptômes par hypnose ou suggestion, contrairement à ce qui se passe dans le Trouble de conversion.

Z72.8 [V71.01] Comportement antisocial de l'adulte

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'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, Trouble du contrôle des impulsions). C'est le cas par exemple du comportement rie certains voleurs professionnels, racketteurs ou vendeurs de substances illégales.

Z72.8 [V71.021 Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est le comportement antisocial d'un enfant ou un adolescent qui n'est pas dû à un trouble mental

(p. ex., Trouble des conduites, Trouble du contrôle des impulsions). C'est le cas par exemple, des actes antisociaux isolés d'enfants ou d'adolescents (ne représentant pas un mode habituel de comportement antisocial).

R41.8 [V62.89] Fonctionnement intellectuel limite

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est associé à un fonctionnement intellectuel limite, c.-à-d. un QI entre 71 et 84. Le diagnostic différentiel entre un Fonctionnement intellectuel limite et un Retard mental (QI inférieur ou égal à 70) est particulièrement difficile en cas de troubles mentaux concomitants (p. ex., Schizophrénie).

Note de codification : *ce trouble est codé sur l'Axe II.*

R41.8 [780.9] Déclin cognitif lié à l'âge

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un déclin objectivé des fonctions cognitives liés au processus du vieillissement et qui est, compte tenu de l'âge de la personne, dans les limites de la normale. Les individus dans cette situation peuvent se plaindre de difficultés à se rappeler des noms ou des rendez-vous ou peuvent éprouver des difficultés à résoudre des problèmes complexes. Cette catégorie doit être prise en compte seulement après avoir établi que l'altération cognitive n'est pas attribuable à un trouble mental spécifique ou à une affection neurologique.

Z63.4 [V62.821 Deuil

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif (l'examen clinique est la réaction à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un Épisode dépressif majeur (p. ex., sentiments de tristesse associés à des symptômes tels que : insomnie, perte (l'appétit et 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. 12 durée et l'expression d'un deuil « normal » varient considérablement parmi les différents groupes culturels. Le diagnostic de Trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un Épisode dépressif majeur. Ceux-ci comprennent 1) culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès ; 2) idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée ; 3) sentiment morbide de dévalorisation ; 4) ralentissement psychomoteur marqué ; 5) altération profonde et prolongée du fonctionnement ; 6) hallucinations autres que celles (l'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

Z55.8 [V62.3] Problème scolaire ou universitaire

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un problème scolaire ou universitaire non attribuable à un trouble mental, ou, s'il est dû à un trouble mental, suffisamment sévère pour justifier par lui même un examen clinique. Il en est ainsi par exemple, des résultats scolaires régulièrement insuffisants ou des performances régulièrement et significativement insatisfaisantes chez une personne présentant des capacités intellectuelles normales et une absence de trouble de l'apprentissage ou de la communication ou de tout autre trouble mental permettant d'expliquer *ce* problème.

Z56.7 [V62.2] Problème professionnel

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un problème professionnel non attribuable à un trouble mental, ou, s'il est dû à un trouble mental, suffisamment sévère pour justifier par lui même un examen clinique. A titre d'exemples, citons une insatisfaction professionnelle et des doutes concernant des choix de carrière.

F93.8 [313.82] Problème d'identité

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est une incertitude relative aux multiples aspects concernant l'identité comme les buts à long terme, des choix de carrière, des modèles d'amitié, l'orientation et les comportements sexuels, les valeurs morales et les loyautés de groupe.

Z71.8 [V62.89] Problème religieux ou spirituel

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'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.

Z60.3 [V62.41 Problème lié à l'acculturation

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un problème impliquant l'adoption d'une nouvelle culture (p. ex., après une immigration).

Z60.0 [V62.89] Problème en rapport avec une étape de la vie

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un problème associé à une étape particulière de la vie ou à toute autre circonstance événementielle, non attribuable à un trouble mental, ou, s'il est dû à un trouble mental, suffisamment sévère pour justifier par lui même un examen clinique. Il en est ainsi par exemple, des problèmes associés à la scolarisation, à l'accession à l'indépendance vis-à-vis du milieu parental, au début d'une nouvelle carrière et aux changements qu'implique le mariage, le divorce et la retraite.

Codes additionnels

F99[300.9] Trouble mental non spécifié (non psychotique)

Cette catégorie est appropriée clans plusieurs circonstances : 1) pour un trouble mental spécifique ne figurant pas clans le DSM-IV ; 2) quand aucune des catégories de Trouble non spécifié n'est appropriée ou 3) lorsqu'on estime qu'il existe un trouble mental non psychotique mais sans que l'on dispose d'une information suffisante pour pouvoir faire le diagnostic d'une des catégories de la Classification. Dans certains cas, avec des informations supplémentaires le diagnostic peut être remplacé par celui d'un trouble spécifique.

Z03.2[V71.09] Absence de diagnostic ou d'Affection sur l'Axe I

Quand il n'existe ni diagnostic ni affection sur l'Axe I, il faut le préciser, qu'il y ait ou non un diagnostic sur l'Axe II.

R69[799.9] Diagnostic ou Affection différé sur l'Axe I

On doit enregistrer Diagnostic ou Affection différé sur l'Axe I lorsque l'information est insuffisante pour juger de l'existence ou non d'un diagnostic ou d'une affection sur l'Axe I.

Z03.2[V71.09] Absence de diagnostic sur l'Axe II

Quand il n'existe pas de diagnostic sur l'Axe II (p. ex. absence de Trouble de la personnalité) il faut le préciser, qu'il y ait ou non un diagnostic ou une affection sur l'Axe I.

R46.8[799.9] Diagnostic différé sur l'Axe II

On doit enregistrer Diagnostic différé sur l'Axe II lorsque l'information est insuffisante pour juger de l'existence ou non d'un diagnostic sur l'Axe 11.

Annexe A

Arbres de décision pour le diagnostic différentiel[1]

Le propos de ces arbres de décision est d'aider le clinicien à comprendre l'organisation et la structure hiérarchique de la Classification DSM-IV. Chaque arbre de décision débute par un groupe de signes cliniques. Quand l'un de ces signes cliniques occupe une place prépondérante du tableau clinique, le clinicien peut suivre les séries de questions pour inclure ou exclure les troubles divers. Notez que les questions sont seulement des approximations des critères diagnostiques et n'ont pas vocation à les remplacer.

L'arbre de décision des Troubles psychotiques est le seul qui contient des troubles mutuellement exclusifs (ainsi, un seul Trouble de cette section peut être diagnostiqué chez un sujet donné pour un épisode particulier). Pour les autres arbres de décision, il est important de se repérer aux groupes des critères individuels pour déterminer si plus d'un diagnostic doit être porté.

Contenu

1 — Diagnostic différentiel des Troubles mentaux dus à une affection médicale générale 860

2 — Diagnostic différentiel des Troubles induits par une substance 862

3 — Diagnostic différentiel des Troubles psychotiques 864

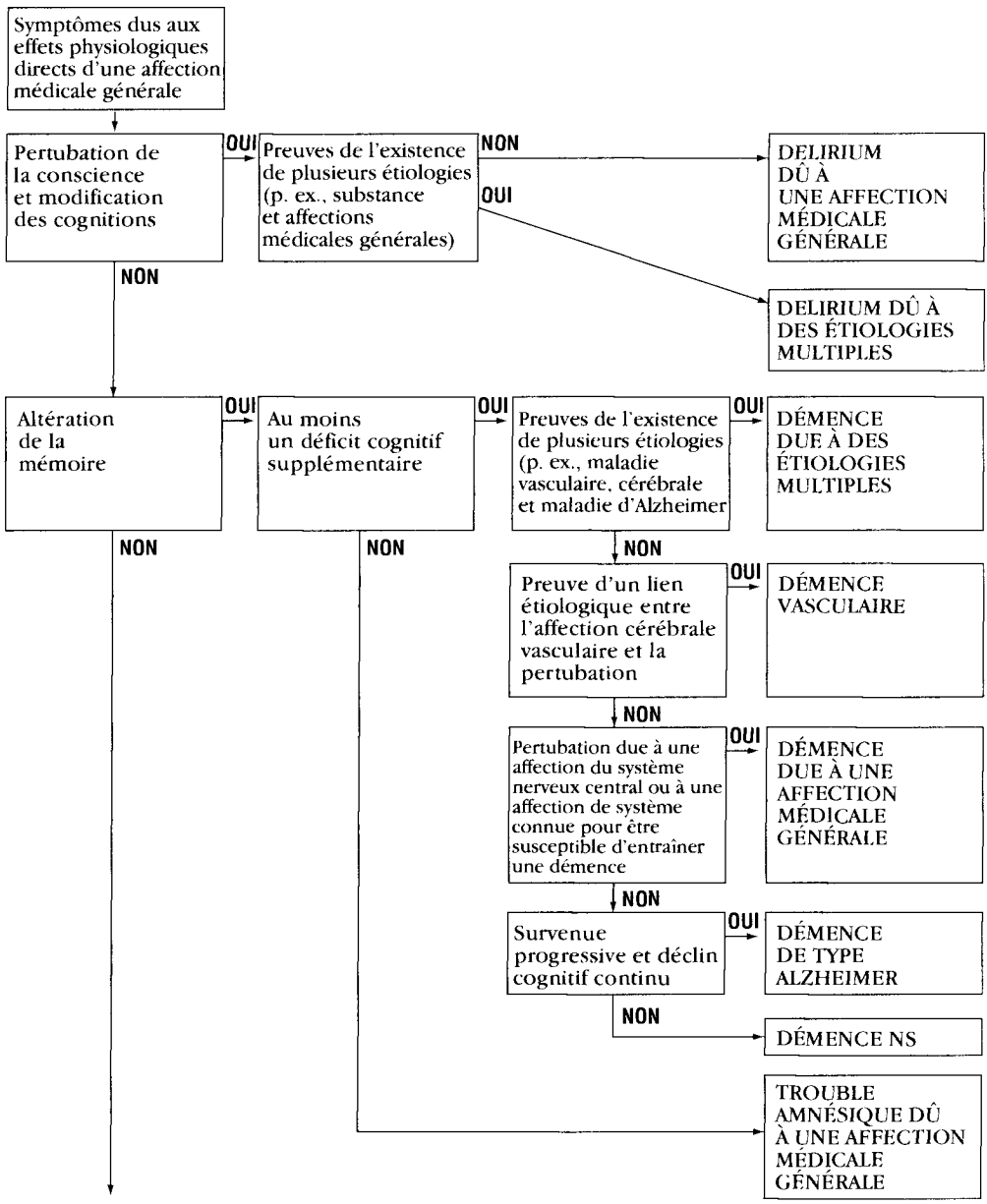
4 — Diagnostic différentiel des Troubles de l'humeur 866

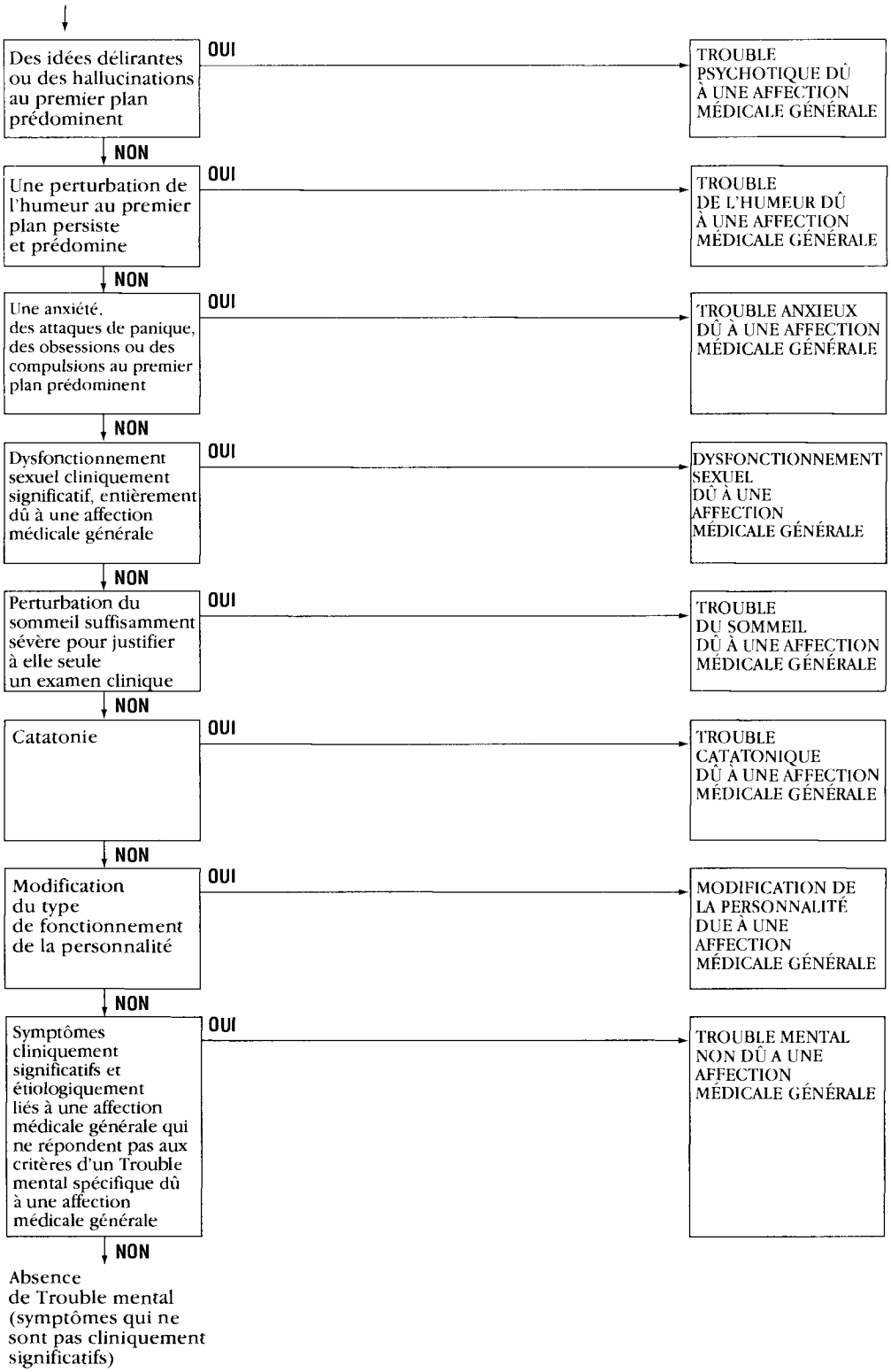
5 — Diagnostic différentiel des Troubles anxieux 868

6 — Diagnostic différentiel des Troubles somatoformes 870

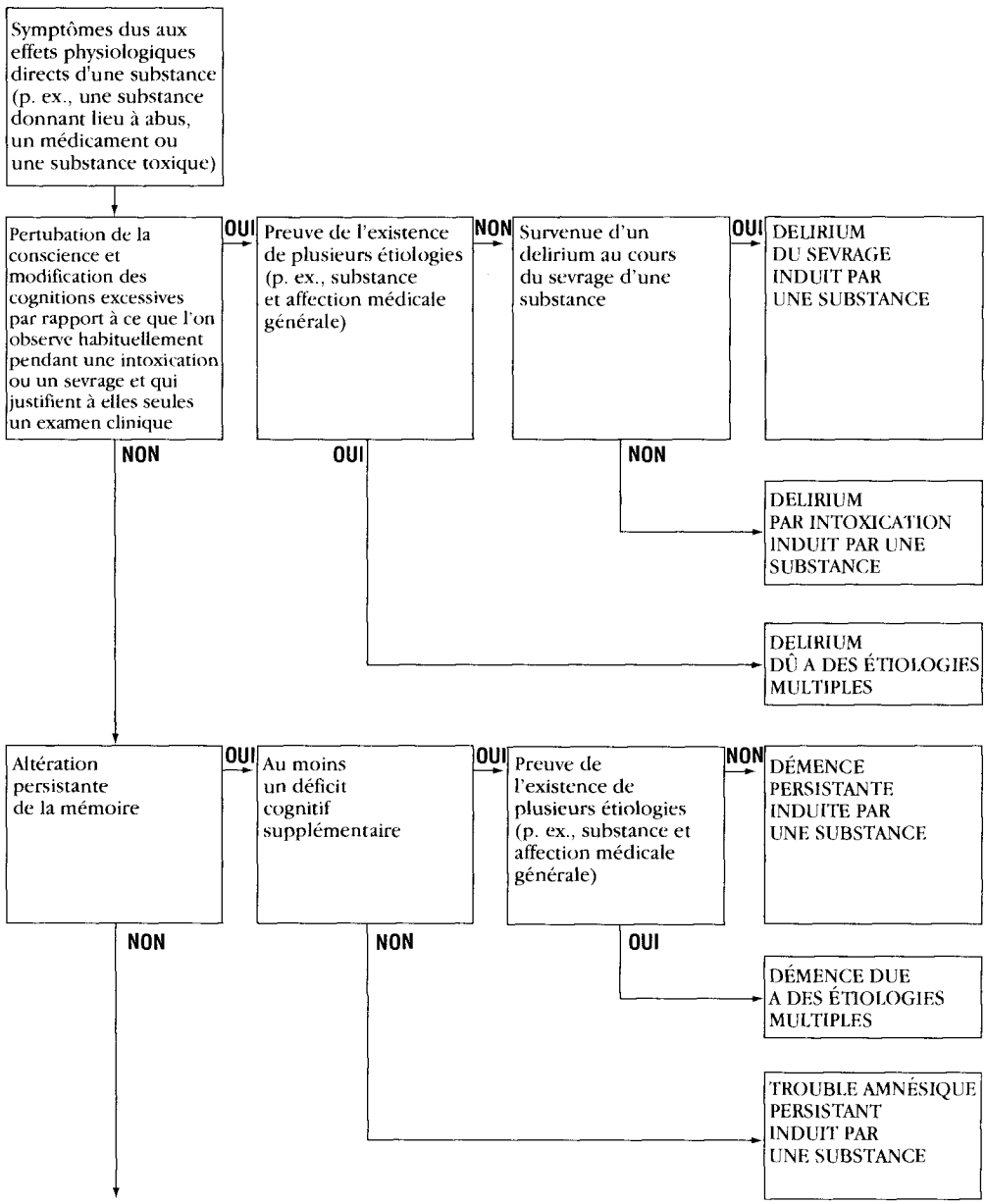
1. Note : Préparés par Michael B. First, M.D, Allen Frances, M.D., et Harold Alan Pincus, M.D.

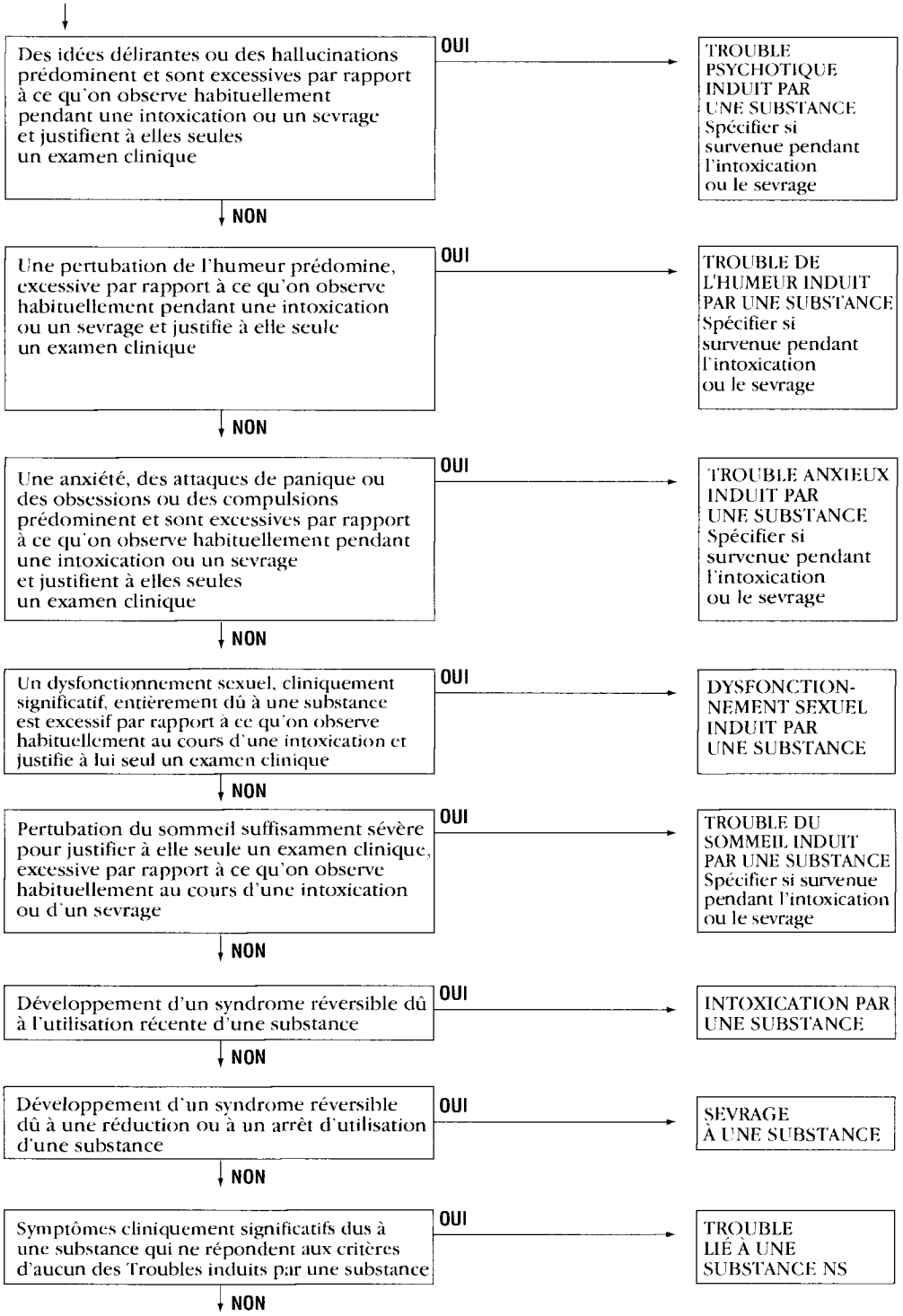
Diagnostic différentiel des Troubles mentaux dus à une affection médicale générale




Des idées délirantes ou des hallucinations au premier plan prédominent
OUI
TROUBLE PSYCHOTIQUE DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Une perturbation de l'humeur au premier plan persiste et prédomine
OUI
TROUBLE DE L'HUMEUR DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Une anxiété, des attaques de panique, des obsessions ou des compulsions au premier plan prédominent
OUI
TROUBLE ANXIEUX DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Dysfonctionnement sexuel cliniquement significatif, entièrement dû à une affection médicale générale
OUI
DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Perturbation du sommeil suffisamment sévère pour justifier à elle seule un examen clinique
OUI
TROUBLE DU SOMMEIL DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Catatonie
OUI
TROUBLE CATATONIQUE DÛ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Modification du type de fonctionnement de la personnalité
OUI
MODIFICATION DE LA PERSONNALITÉ DUE À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Symptômes cliniquement significatifs et étiologiquement liés à une affection médicale générale qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble mental spécifique dû à une affection médicale générale
OUI
TROUBLE MENTAL NON DÛ A UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE
NON
Absence de Trouble mental (symptômes qui ne sont pas cliniquement significatifs)

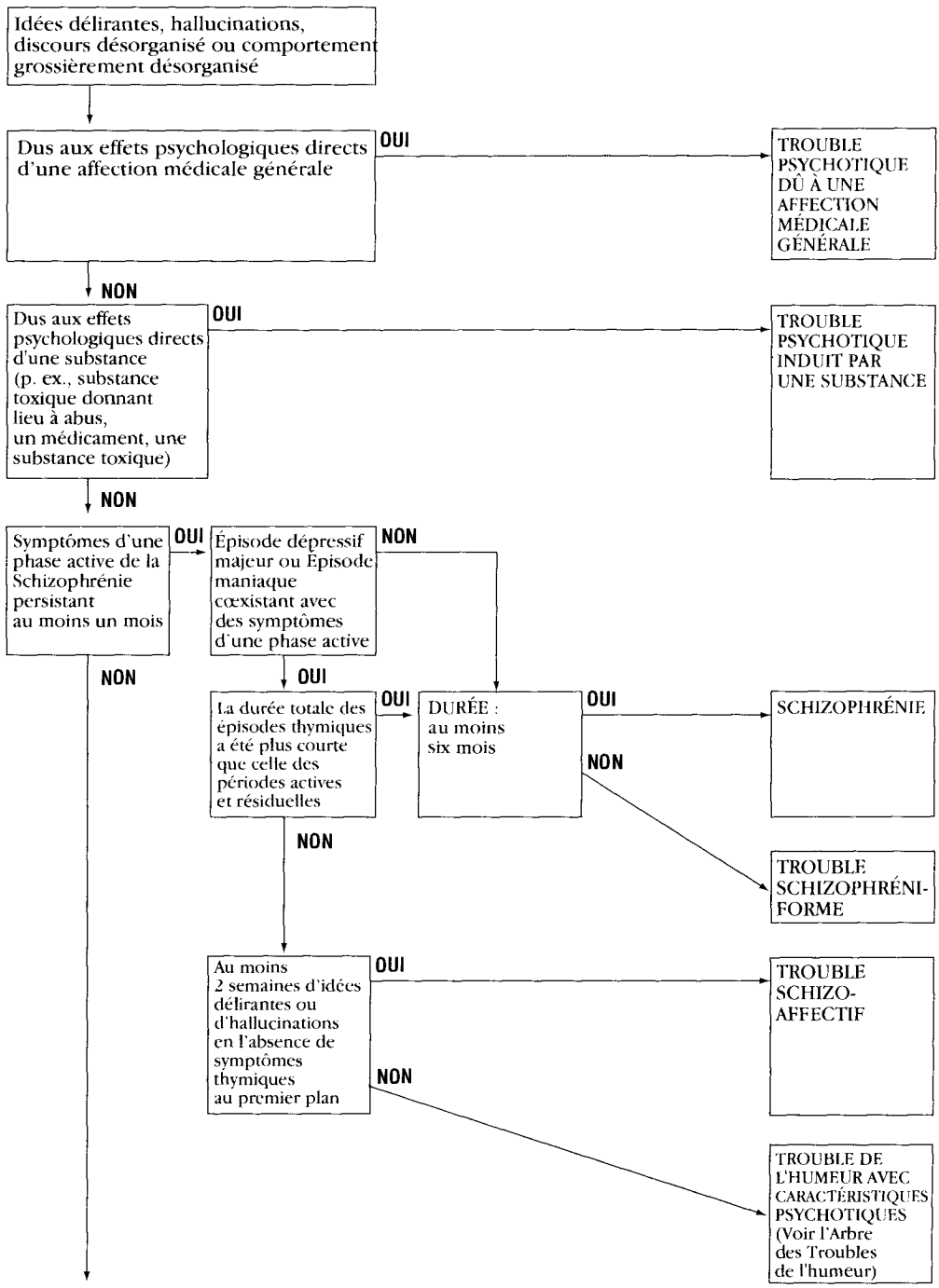
Diagnostic différentiel des Troubles induits par une substance (non compris la Dépendance et l'Abus)

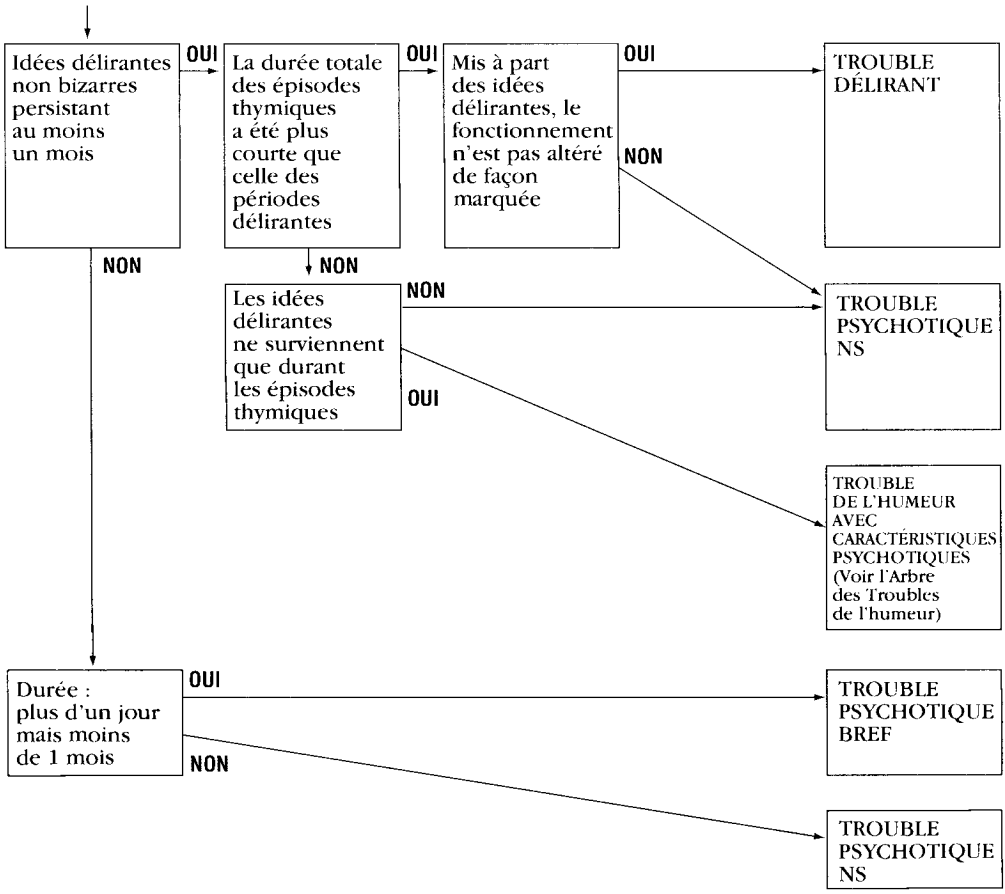




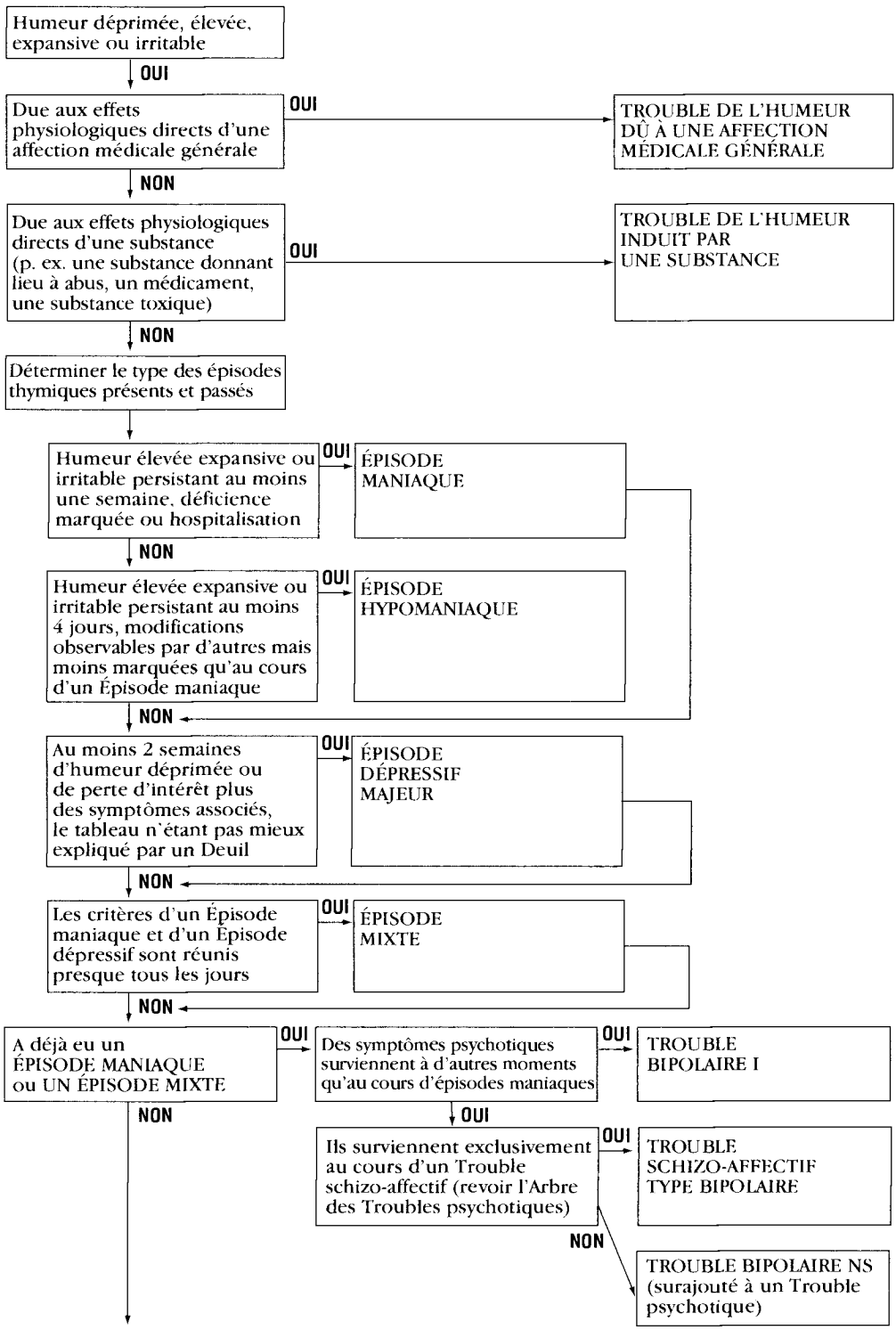
Absence de Trouble induit par une substance (symptômes induits par une substance qui ne sont pas cliniquement significatifs)

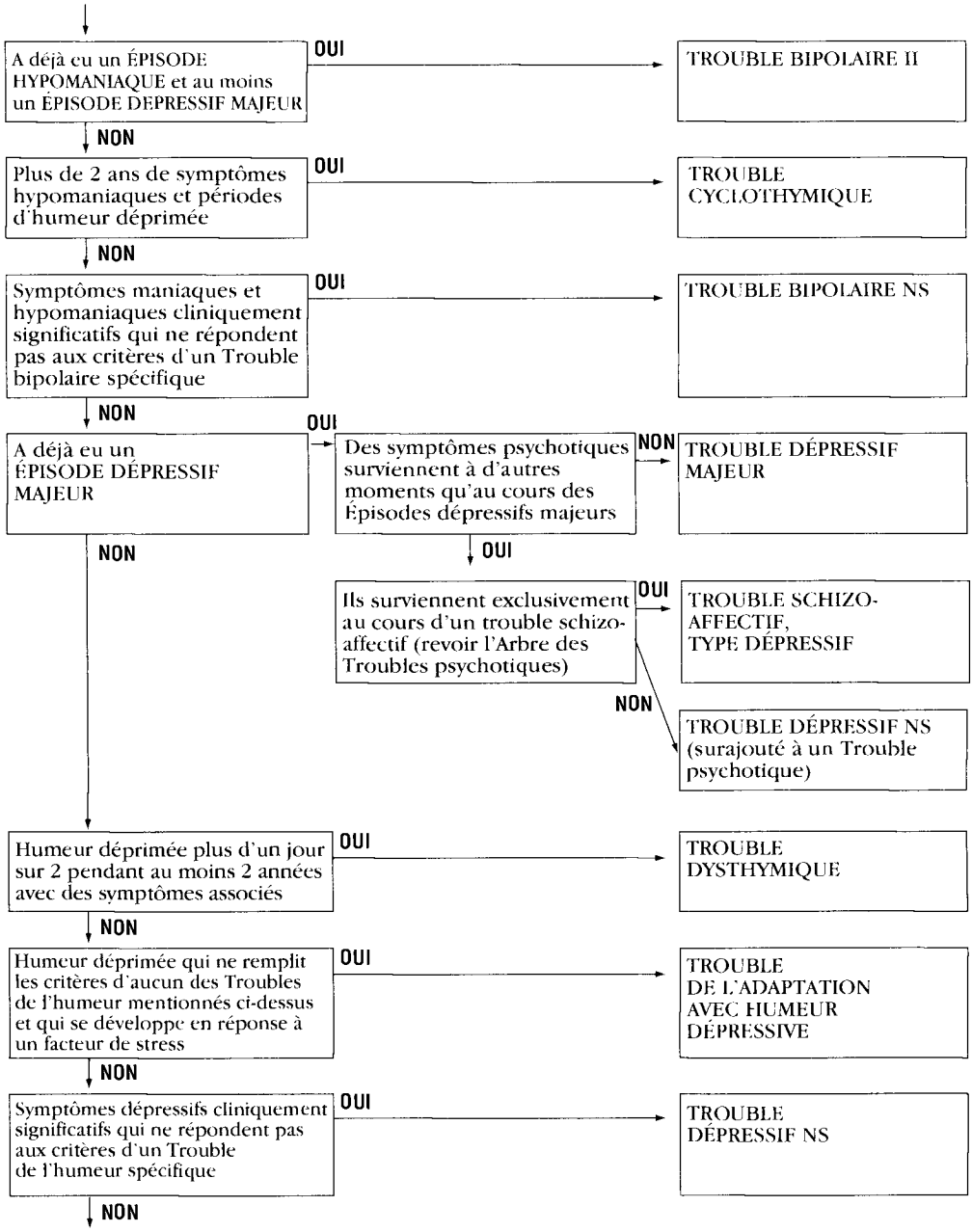
Diagnostic différentiel des Troubles psychotiques



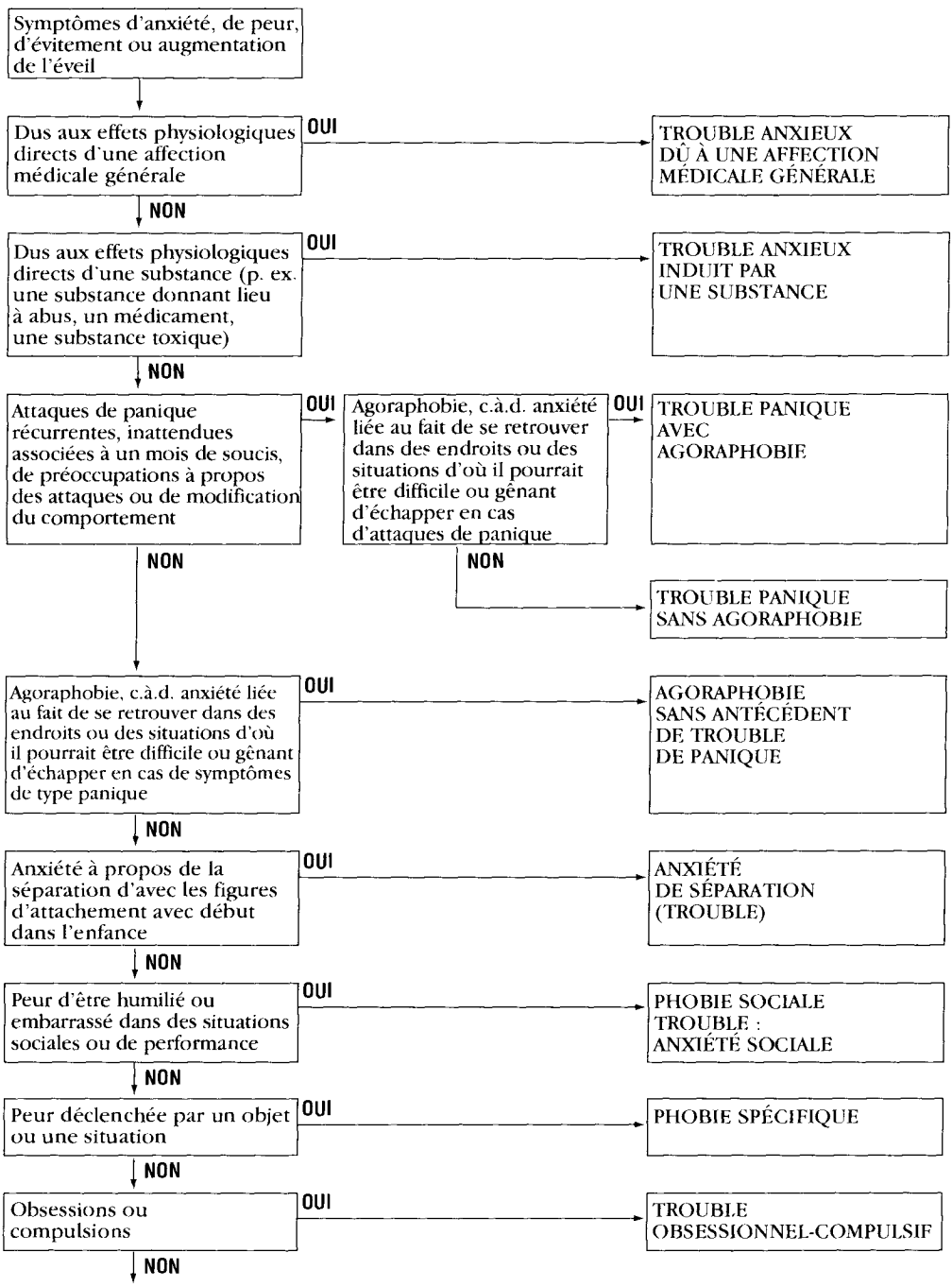

Idées délirantes non bizarres persistant au moins un mois
OUI
La durée totale des épisodes thymiques a été plus courte que celle des périodes délirantes
OUI
Mis à part des idées délirantes, le fonctionnement n'est pas altéré de façon marquée
OUI
TROUBLE DÉLIRANT
NON
NON
NON
Les idées délirantes ne surviennent que durant les épisodes thymiques
NON
TROUBLE PSYCHOTIQUE NS
OUI
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES (Voir l'Arbre des Troubles de l'humeur)
Durée : plus d'un jour mais moins de 1 mois
OUI
TROUBLE PSYCHOTIQUE BREF
NON
TROUBLE PSYCHOTIQUE NS

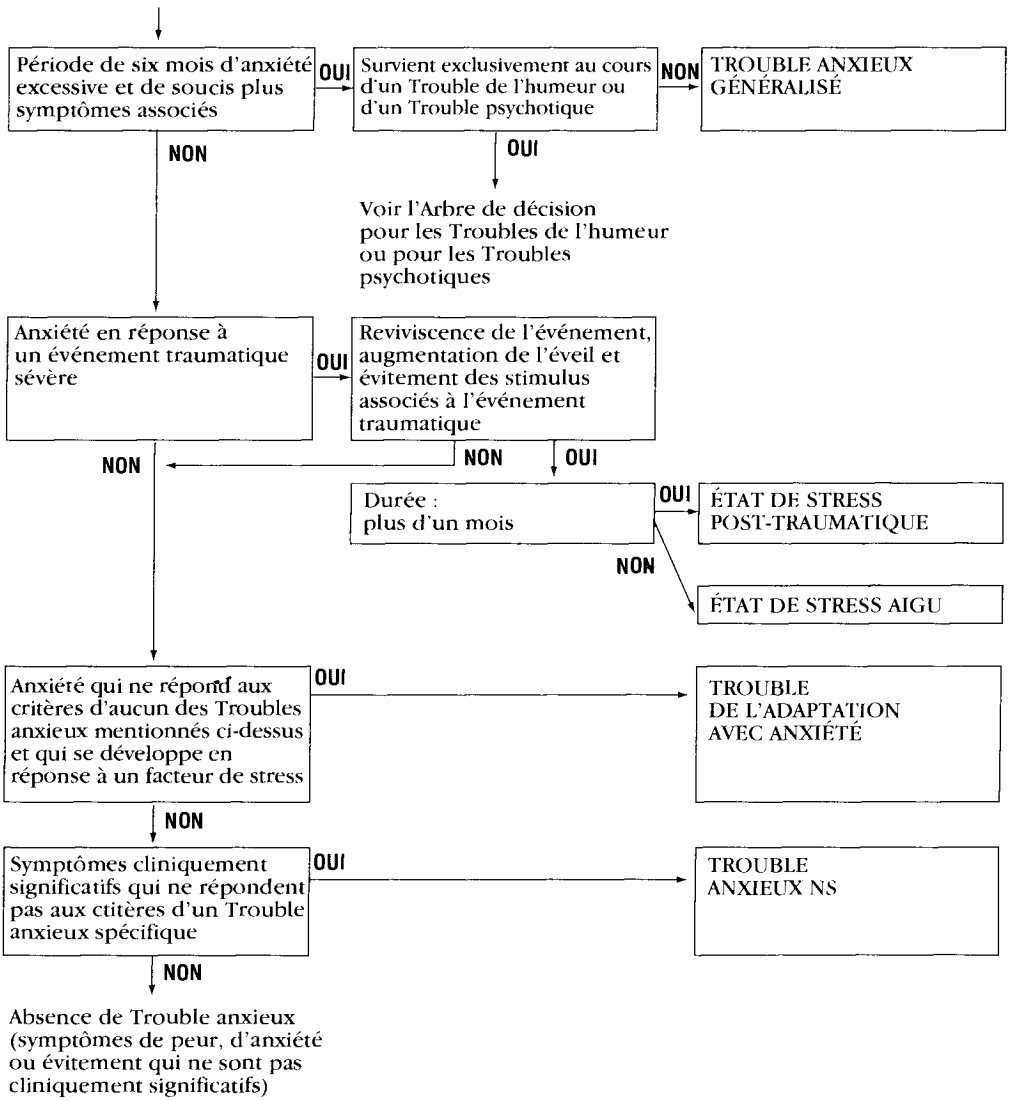
Diagnostic différentiel des Troubles de l'humeur



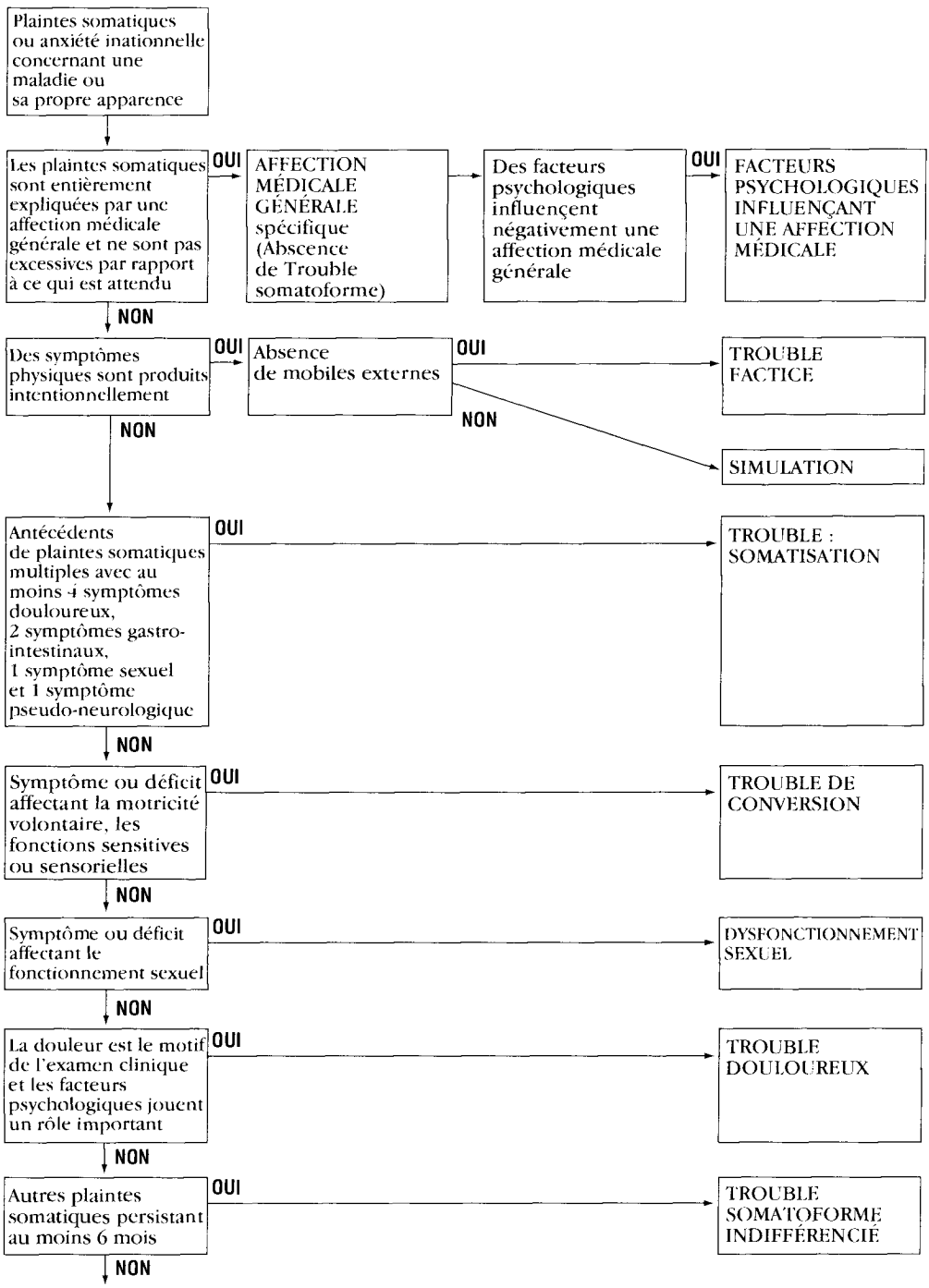

A déjà eu un ÉPISODE HYPOMANIAQUE et au moins un ÉPISODE DEPRESSIF MAJEUR
OUI
TROUBLE BIPOLAIRE II
NON
Plus de 2 ans de symptômes hypomaniaques et périodes d'humeur déprimée
OUI
TROUBLE CYCLOTHYMIQUE
NON
Symptômes maniaques et hypomaniaques cliniquement significatifs qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble bipolaire spécifique
OUI
TROUBLE BIPOLAIRE NS
NON
A déjà eu un ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR
OUI
Des symptômes psychotiques surviennent à d'autres moments qu'au cours des Épisodes dépressifs majeurs
NON
TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR
OUI
Ils surviennent exclusivement au cours d'un trouble schizo-affectif (revoir l'Arbre des Troubles psychotiques)
OUI
TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF, TYPE DÉPRESSIF
NON
TROUBLE DÉPRESSIF NS (surajouté à un Trouble psychotique)
NON
Humeur déprimée plus d'un jour sur 2 pendant au moins 2 années avec des symptômes associés
OUI
TROUBLE DYSTHYMIQUE
NON
Humeur déprimée qui ne remplit les critères d'aucun des Troubles de l'humeur mentionnés ci-dessus et qui se développe en réponse à un facteur de stress
OUI
TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC HUMEUR DÉPRESSIVE
NON
Symptômes dépressifs cliniquement significatifs qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble de l'humeur spécifique
OUI
TROUBLE DÉPRESSIF NS
NON
Absence de Trouble de l'humeur (symptômes thymiques qui ne sont pas cliniquement significatifs)

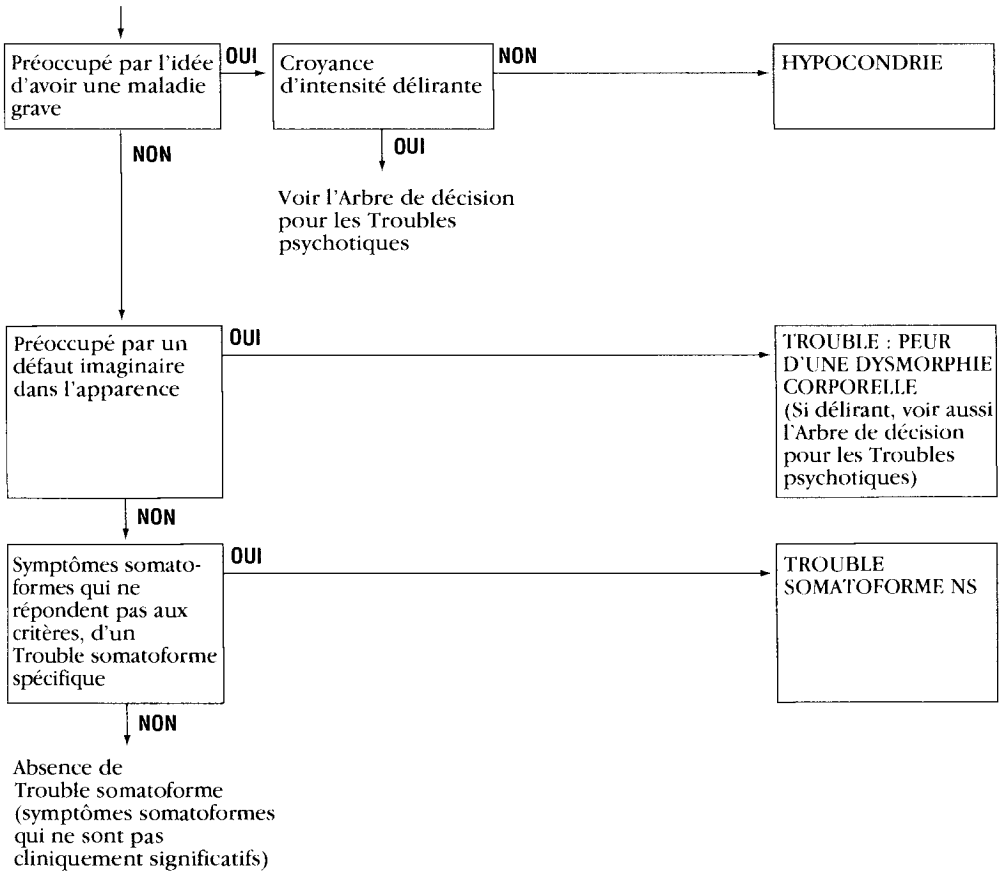
Diagnostic différentiel des Troubles anxieux




Période de six mois d'anxiété excessive et de soucis plus symptômes associés
OUI
Survient exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur ou d'un Trouble psychotique
NON
TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ
NON
OUI
Voir l'Arbre de décision pour les Troubles de l'humeur ou pour les Troubles psychotiques
Anxiété en réponse à un événement traumatique sévère
OUI
Reviviscence de l'événement, augmentation de l'éveil et évitement des stimulus associés à l'événement traumatique
NON
NON
OUI
Durée : plus d'un mois
OUI
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
NON
ÉTAT DE STRESS AIGU
Anxiété qui ne répond aux critères d'aucun des Troubles anxieux mentionnés ci-dessus et qui se développe en réponse à un facteur de stress
OUI
TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC ANXIÉTÉ
NON
Symptômes cliniquement significatifs qui ne répondent pas aux ctitères d'un Trouble anxieux spécifique
OUI
TROUBLE ANXIEUX NS
NON
Absence de Trouble anxieux (symptômes de peur, d'anxiété ou évitement qui ne sont pas cliniquement significatifs)

Diagnostic différentiel des Troubles somatoformes




Préoccupé par l'idée d'avoir une maladie grave
OUI
Croyance d'intensité délirante
NON
HYPOCONDRIE
NON
OUI
Voir l'Arbre de décision pour les Troubles psychotiques
Préoccupé par un défaut imaginaire dans l'apparence
OUI
TROUBLE : PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE (Si délirant, voir aussi l'Arbre de décision pour les Troubles psychotiques)
NON
Symptômes somatoformes qui ne répondent pas aux critères, d'un Trouble somatoforme spécifique
OUI
TROUBLE SOMATOFORME NS
NON
Absence de Trouble somatoforme (symptômes somatoformes qui ne sont pas cliniquement significatifs)

Annexe B

Critères et axes proposés pour des études supplémentaires

Cette annexe propose un certain nombre *de* nouvelles catégories et de nouveaux axes dont l'inclusion dans le DSM-IV a été envisagée. La « Task-Force » et les groupes de travail du DSM-IV ont soumis chacune de ces propositions à un examen empirique approfondi et ont largement sollicité des avis « sur le terrain ».

Les items, les seuils, les durées qui constituent ces critères diagnostiques pour la recherche sont destinés à fournir aux chercheurs et aux cliniciens intéressés par l'étude de ces troubles un langage commun. On peut espérer qu'une telle recherche permettra de savoir quelle est l'éventuelle utilité de ces catégories et d'en perfectionner les critères diagnostiques. Les durées et les seuils ont été établis par un consensus d'experts, à partir d'une revue de la littérature, d'une nouvelle analyse des données d'études sur le terrain selon les informations disponibles ; ils doivent être considérés comme provisoires. Il serait souhaitable que d'autres items, d'autres seuils, d'autres durées fassent éventuellement l'objet d'études.

Cette annexe comporte les propositions de catégories diagnostiques suivantes :

Trouble post-commotionnel
Trouble neuro-cognitif léger
Sevrage à la caféine
Éléments alternatifs de description dimensionnelle de la schizophrénie
Trouble dépressif post-psychotique de la schizophrénie
Trouble détérioratif simple (schizophrénie simple)
Trouble dysphorique prémenstruel
Critère alternatif B pour le Trouble dysthymique
Trouble dépressif mineur
Trouble dépressif bref récurrent
Trouble mixte anxiété-dépression
Trouble factice par procuration
État de transe dissociative

Hyperphagie boulimique (« *Binge-eating Disorder*
Personnalité dépressive
Personnalité passive-agressive (Personnalité négativiste)
Trouble des mouvements induit par un médicament
Parkinsonisme induit par les neuroleptiques
Syndrome malin des neuroleptiques
Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques
Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques
Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques
Tremblement d'attitude induit par un médicament
Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié

N.-B. : Ces catégories font partie de la section : Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique. On trouvera le texte et les critères diagnostiques concernant ces situations dans le présent chapitre.

Échelle de fonctionnement défensif
Échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel (EGFR)
Échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (EFSP)

Trouble post-commotionnel

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est une altération acquise du fonctionnement cognitif, s'accompagnant de symptômes neuro-comportementaux spécifiques et se présentant comme une conséquence d'une lésion céphalique fermée, suffisamment grave pour entraîner une forte commotion cérébrale. Les manifestations de la commotion comportent une perte de connaissance, une amnésie post-traumatique et — moins fréquemment — le déclenchement d'une épilepsie post-traumatique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour préciser ce critère. En l'absence de données suffisantes pour définir un seuil de gravité de la lésion céphalique fermée, des critères spécifiques ont été proposés par exemple deux parmi les suivants : 1) une perte de connaissance durant plus de 5 minutes, 2) une amnésie post-traumatique durant plus de 12 heures après la lésion fermée de la tête, ou 3) le déclenchement d'une épilepsie (ou bien l'aggravation notable d'une épilepsie préexistante) survenant dans les 6 premiers mois après la lésion céphalique. Doit pouvoir également être objectivé un déficit cognitif portant soit sur l'attention (concentration, déplacements de l'attention, réalisation simultanée de plusieurs tâches cognitives), soit sur la mémoire (apprentissage ou rappel d'informations). En plus des perturbations cognitives, il doit y avoir au moins trois symptômes, présents pendant au moins 3 mois après la lésion céphalique fermée, parmi les suivants : fatigabilité ; troubles du sommeil ; maux de tête ; vertiges ou étourdissements ; irritabilité ou agressivité en réponse à des provocations minimes ou bien en l'absence de provocation anxiété, dépression ou labilité thymique ; apathie ou manque de spontanéité ; autres modifications de la personnalité (comme un comportement social ou sexuel inapproprié). Ces perturbations

cognitives, de même que les symptômes somatiques et comportementaux, n'apparaissent qu'après le traumatisme crânien ou bien ils représentent une aggravation significative de symptômes préexistants. Les séquelles cognitives et neuro-comportementales s'accompagnent d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et elles indiquent un déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur. Chez des enfants d'âge scolaire, on peut constater une baisse significative des performances à partir du traumatisme. Il ne faut pas envisager le trouble proposé ici lorsque les symptômes répondent aux critères diagnostiques de la Démence due à un traumatisme crânien ou lorsque les symptômes sont mieux expliqués par un autre trouble mental.

Caractéristiques associées

On peut également observer comme séquelle d'une lésion céphalique fermée un affaiblissement de la vue ou de l'ouïe et une anosmie (perte de l'odorat). Ce dernier symptôme peut être en relation avec un manque d'intérêt pour la nourriture. Il peut y avoir des complications orthopédiques et neurologiques spécifiques, qui dépendent de la cause, de la nature et de l'étendue du traumatisme. Les troubles liés à une substance sont fréquemment associés aux lésions céphaliques fermées. Ces dernières sont plus fréquentes chez les hommes jeunes et elles seraient associées aux conduites à risque.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic selon le DSM-IV des sujets dont le tableau clinique répondrait à ces critères de recherche serait **Trouble cognitif non spécifié.** Si le traumatisme crânien entraîne une **démence** (c.-à-d. une altération de la mémoire et au moins une autre altération cognitive), il ne faut pas envisager le diagnostic de trouble post-commotionnel. **Le trouble neuro-cognitif léger,** comme le trouble post-commotionnel est décrit dans cette annexe (voir p. 877). Le trouble post-commotionnel peut être distingué du trouble neurocognitif léger par une configuration particulière de symptômes cognitifs, somatiques et comportementaux et par l'existence d'une étiologie spécifique (c.-à-d. la lésion céphalique fermée). Des symptômes comportementaux ou somatiques identiques peuvent être observés dans la **Somatisation** et dans le **Trouble somatoforme indifférencié ;** toutefois ces deux troubles n'ont pas d'étiologie spécifique (comme une lésion céphalique fermée) et aucune altération cognitive n'y est mesurable. Le trouble post-commotionnel doit être distingué du **Trouble factice** (le besoin de jouer le rôle de malade) et de la **Simulation** (où le désir d'une compensation peut conduire à la production ou à la pérennisation de symptômes consécutivement à une lésion céphalique fermée).

Critères de recherche pour le trouble post-commotionnel

A. Antécédent de traumatisme crânien ayant entraîné une commotion cérébrale significative.

N. B. : Les manifestations d'une commotion cérébrale comportent une perte de connaissance, une amnésie post-traumatique et — moins fréquemment le déclenchement d'une épilepsie post-traumatique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir une méthode spécifique pour définir ce critère.

B. Mise en évidence par des tests neuropsychologiques ou par une évaluation quantifiée des fonctions cognitives de difficultés portant sur l'attention (concentration, déplacements de l'attention, réalisation simultanée de plusieurs tâches cognitives) ou portant sur des difficultés de mémoire (apprentissage ou rappel d'informations).

C. Au moins trois des symptômes suivants apparaissent peu de temps après le traumatisme et durent au moins 3 mois :

(1) fatigabilité
(2) troubles du sommeil
(3) céphalées
(4) vertiges ou étourdissements
(5) irritabilité ou agressivité en réponse à des provocations minimes ou en l'absence de provocation
(6) anxiété, dépression ou labilité thymique
(7) modifications de la personnalité (comme un comportement social ou sexuel inapproprié)
(8) apathie ou manque de spontanéité

D. Les symptômes décrits clans les critères diagnostiques B et C apparaissent après un traumatisme crânien ou bien ils constituent une aggravation substantielle de symptômes préexistants.

E. La perturbation entraîne une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et elle représente un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. Chez des enfants d'âge scolaire, l'altération du fonctionnement peut se manifester par une baisse significative du rendement scolaire dans les études à partir du traumatisme.

F. Les symptômes ne répondent pas aux critères de la Démence due à un traumatisme crânien et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (comme le Trouble amnésique dû à un traumatisme crânien ou une modification de la personnalité due à un traumatisme crânien).

Trouble neuro-cognitif léger

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est l'apparition d'une altération du fonctionnement neurocognitif, due à une affection médicale générale. Par définition, le degré du déficit cognitif et le retentissement sur la vie quotidienne sont légers (p. ex., l'individu peut, au prix d'efforts supplémentaires, compenser partiellement son déficit cognitif). Chez les individus atteints de ce trouble, le déficit apparaît au moins dans deux domaines du fonctionnement cognitif. Il peut s'agir de perturbations de la mémoire (dans l'apprentissage ou le rappel d'informations), des fonctions d'exécution (dans la planification, le raisonnement), de l'attention ou de la vitesse du traitement de l'information (c.-à-d. la concentration, la rapidité à assimiler ou à analyser l'information), des aptitudes perceptivo-motrices (p. ex., l'intégration d'informations visuelles, tactiles ou auditives à des activités motrices) ou du langage (comme une difficulté à trouver ses mots, une réduction de la fluidité verbale). Le déficit cognitif rapporté par le sujet doit être corroboré par les résultats soit des tests neuropsychologiques soit des évaluations cliniques standardisées du fonctionnement cognitif. En outre, les déficits cognitifs sont à l'origine d'une souffrance importante ou bien ils perturbent le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants et ils représentent un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. La perturbation cognitive ne répond pas aux critères diagnostiques du delirium, de la clémence, ou du trouble amnésique et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., un Trouble lié à une substance ou un Trouble dépressif majeur).

Caractéristiques associées

Les caractéristiques associées dépendent de l'affection médicale générale sous-jacente. Dans le cas de certains troubles chroniques (p. ex., l'hypoxémie, déséquilibres hydro-électrolytiques), le profil cognitif consiste habituellement en un affaiblissement généralisé de toutes les fonctions cognitives. Certaines affections neurologiques et d'autres affections médicales générales provoquent des altérations cognitives qui sont plutôt évocatrices d'une atteinte cérébrale « sous-corticale » (comme une réduction disproportionnée de la capacité à se concentrer, à apprendre des éléments nouveaux, une réduction de la vitesse et de l'efficacité du traitement de l'information). On trouve parmi ces affections les phases précoces de la maladie de Huntington, le trouble neurocognitif en relation avec le VIH et la maladie de Parkinson. D'autres affections (comme le lupus érythémateux disséminé) sont plus souvent associées à un déficit multifocal ou à l'emporte-pièce. L'électroencéphalogramme peut montrer un ralentissement léger de l'activité de fond ou bien des perturbations des potentiels évoqués. Il est fréquent qu'un déficit cognitif léger, même dans les stades précoces de la maladie d'Alzheimer ne s'accompagne d'aucune anomalie spécifique à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou au scanner cérébral. C'est davantage dans l'étude de l'imagerie cérébrale fonctionnelle (tomographie par émission de photon, tomographie par émission de positons, IRM fonctionnelle) que l'on pourrait découvrir des anomalies. L'évolution dépend de l'étiologie. Dans certains cas, le déficit cognitif s'aggrave lentement, de telle sorte que le tableau clinique finit par répondre aux critères diagnostiques de la Démence (p. ex., les phases précoces de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Huntington et d'autres

affections neurologiques dégénératives d'évolution lente). Dans d'autres cas, on observe une amélioration lente, comme, par exemple, le rétablissement progressif d'une hypothyroïdie. Parfois, les perturbations cognitives dues à des troubles métaboliques graves ou à des maladies infectieuses s'amendent partiellement mais laissent la place à un déficit résiduel permanent.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic selon le DSM-IV des sujets dont le tableau clinique répondrait à ces critères de recherche serait **Trouble cognitif non spécifié.**

Bien qu'il n'y ait pas de limite claire entre le trouble neurocognitif léger et la **démence,** le trouble neurocognitif se distingue par un déficit cognitif moindre, un retentissement moins important sur la vie quotidienne ; en outre l'altération de la mémoire n'est pas nécessaire au diagnostic. Le trouble neurocognitif léger peut être confondu avec **un delirium d'évolution lente,** surtout au début de son évolution. Le trouble neurocognitif léger peut être distingué du **trouble amnésique** par le fait que le déficit doit toucher au moins deux domaines (lu fonctionnement cognitif. Il ne faut pas envisager le diagnostic de Trouble neurocognitif léger lorsque les symptômes répondent aux critères diagnostiques du **Trouble lié à une substance** (qui inclut les effets secondaires des médicaments). Dans de tels cas, il convient de porter le diagnostic de Trouble lié à une substance, non spécifié.

Le **Trouble post-commotionnel**, autre catégorie décrite dans cette annexe (voir p. 874), se distingue du trouble neurocognitif léger par une configuration symptomatique particulière et par une étiologie spécifique (p. ex., une **lésion céphalique fermée).**

Des perturbations neuro-cognitives légères figurent parmi les caractéristiques associées habituelles de nombreux **troubles mentaux** (comme le Trouble dépressif majeur). Il ne faut envisager le diagnostic de trouble neurocognitif léger que si le déficit cognitif s'explique mieux par les effets directs d'une affection médicale générale que par un trouble mental. On peut voir dans le **Déclin cognitif lié à l'âge** des déficits cognitifs de degré identique, mais le déclin y est considéré comme faisant partie du processus normal de vieillissement et ne peut pas être attribué à une affection médicale générale.

Certains sujets expriment des **plaintes subjectives d'altération du fonctionnement cognitif,** que les tests neuropsychologiques ne corroborent pas, ou bien dont on peut estimer qu'elles ne sont pas liées à une affection médicale générale. Il ne faut pas dans de telles situations envisager la catégorie diagnostique proposée ici.

Critères de recherche pour le trouble neuro-cognitif léger

A. Altération du fonctionnement cognitif dans au moins deux des domaines suivants, présente la plupart du temps pendant au moins deux semaines (selon ce que dit le sujet lui-même ou bien un informateur fiable) :

(suite)

❑ **Critères de recherche pour le trouble neurocognitif léger** *(suite)*

(1) altération de la mémoire consistant en une réduction de la capacité à apprendre des informations Ou à se les rappeler
(2) perturbation des fonctions (l'exécution (faire des projets, organiser, ordonner clans le temps, avoir une pensée abstraite)
(3) réduction de l'attention ou *de* la vitesse de traitement de l'information
(4) altération (les capacités perceptivo-motrices
(5) altération du langage (p. ex., compréhension, trouver ses mots)

B. Mise en évidence objective, d'après l'examen physique ou les examens complémentaires (notamment l'imagerie cérébrale) d'une affection neurologique ou médicale générale que l'on peut considérer comme liée étiologiquement à la perturbation cognitive.

C. Mise en évidence par les tests neuropsychologiques ou l'évaluation quantifiée du fonctionnement cognitif d'anomalies ou d'un déclin des performances.

D. Les déficits cognitifs sont à l'origine d'une souffrance importante ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants et ils représentent un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

E. La perturbation cognitive ne répond pas aux critères diagnostiques du delirium, de la démence, (l'un trouble amnésique et elle ne peut pas être attribuée à un autre trouble mental (p. ex., un Trouble lié à une substance, un Trouble dépressif majeur).

Sevrage à la caféine

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est un syndrome de sevrage typique, dû à l'arrêt brutal ou à une réduction de la prise de produits contenant de la caféine, après qu'ils aient été utilisés tous les jours de façon prolongée. Ce syndrome comporte des céphalées et au moins l'un des symptômes suivants : fatigue ou somnolence importante, anxiété ou dépression marquée, ou nausées ou vomissements. Ces symptômes semblent survenir plus souvent lorsque l'usage est massif (500 mg/jour) mais on les observe parfois aussi en cas d'usage léger (100 mg/jour).

Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants. Les symptômes ne doivent pas être dûs aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Caractéristiques associées

Parmi les symptômes associés, on observe un désir fort de consommer de la caféine et une détérioration des performances cognitives (en particulier aux tâches explorant la vigilance). Les symptômes peuvent débuter dans les 12 heures qui suivent l'arrêt de l'usage de la caféine, sont au maximum 24 à 48 heures après, et peuvent durer jusqu'à une semaine. Certains sujets sont en quête d'un traitement médical pour leurs symptômes et ils ne réalisent pas que ceux-ci sont dus au sevrage de la caféine.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic selon le DSM-IV des sujets dont les symptômes répondent à ces critères de recherche serait **Trouble lié à la caféine, non spécifié.** Pour une discussion générale du diagnostic différentiel des Troubles liés à une substance voir p. 239. Les symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., migraine ou maladie virale) et ne sont pas mieux expliqués par **un autre trouble mental.** Des céphalées, de la fatigue, des nausées ou des vomissements provoqués par une affection médicale générale ou par le **début ou la fin d'un traitement par un médicament** peuvent constituer un tableau clinique identique à celui du sevrage à la caféine. La somnolence, la fatigue et les variations thymiques du sevrage de caféine peuvent mimer le **Sevrage à l'amphétamine** ou **à la cocaïne.** C'est généralement la relation chronologique entre les symptômes et l'arrêt de la caféine et la brièveté des symptômes qui permet de porter le diagnostic. En cas de doute quant au diagnostic, un test diagnostique à la caféine peut être utile.

Critères de recherche pour le sevrage à la caféine

A. Usage prolongé et quotidien de caféine.

B. Arrêt brutal de la prise de caféine, ou réduction de la quantité de caféine absorbée suivie de près par des céphalées et par l'un au moins des symptômes suivants :

(1) fatigue ou somnolence importante
(2) anxiété ou dépression marquée
(3) nausées ou vomissements

C. Les symptômes du Critère B sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (comme la migraine ou une maladie virale) et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Éléments alternatifs de description dimensionnelle de la schizophrénie

En raison des limites des formes cliniques traditionnelles de la schizophrénie (voir p. 361), un modèle dimensionnel à trois facteurs (psychotique, de désorganisation et négatif) a été proposé pour la description de la symptomatologie actuelle et de la symptomatologie entière. Le facteur psychotique comprend les idées délirantes et les hallucinations. Le facteur de désorganisation comprend le discours désorganisé et l'affect inapproprié. Le facteur négatif comprend les différents symptômes négatifs. Il semble selon certaines études que l'intensité des différents symptômes à l'intérieur de chacun de ces trois facteurs covarie à la fois selon une perspective transversale et longitudinale. Cela serait moins vrai des symptômes n'appartenant pas au même facteur. Ainsi lorsque les idées délirantes sont intenses, les hallucinations tendent à devenir également plus sévères. En revanche, la gravité des symptômes négatifs ou de la désorganisation est reliée dans une moindre mesure à la gravité des hallucinations ou des idées délirantes. Pour rendre compte de l'hétérogénéité clinique de la schizophrénie, il a été proposé un modèle selon lequel ces trois dimensions reposent sur des processus physiopathologiques sous-jacents distincts et répondent différemment aux traitements. Dans la pratique clinique, on rencontre des combinaisons variées (l'intensité de ces trois dimensions ; il est d'ailleurs relativement rare qu'une dimension étant présente, les deux autres soient complètement absentes. L'application à la recherche et aux études cliniques de ces dimensions peut employer la méthode suivante.

Éléments alternatifs de description dimensionnelle de la schizophrénie

Spécifier : absent, léger, moyen, intense, pour chaque dimension. L'importance de ces dimensions peut être précisée soit pour l'épisode actuel (c.-à-d. au cours des 6 derniers mois), soit pour l'évolution du trouble schizophrénique sur la vie entière (soit pour les deux).

Dimension psychotique (hallucinations/idées délirantes) : permet de décrire le degré d'intensité des hallucinations ou des idées délirantes.

Dimension de désorganisation : permet de décrire le degré d'intensité des symptômes : discours désorganisé, comportement désorganisé et affect inapproprié.

Dimension négative (déficitaire) : permet de décrire le degré d'intensité des symptômes négatifs (c.-à-d. l'émoussement affectif, l'alogie, la perte de volonté [Avolition]).

N.-B. : Ne pas tenir compte des symptômes qui paraissent secondaires à la dépression, aux effets secondaires des médicaments, aux hallucinations ou aux idées délirantes.

Voici deux exemples de diagnostics selon le DSM-IV, qui mentionnent à la fois la forme clinique, les spécifications concernant l'évolution et l'approche dimensionnelle :

Exemple n°1
F20.00 [295.30] Schizophrénie, forme paranoïde, à évolution continue
Épisode actuel :
Dimension psychotique intense
Dimension de désorganisation absente
Dimension négative moyenne

Sur la vie entière :
Dimension psychotique légère
Dimension de désorganisation absente
Dimension négative légère

Exemple n°2
F20.52 [295.60] Schizophrénie, forme résiduelle, à évolution épisodique avec symptômes résiduels
Épisode actuel :
Dimension psychotique légère
Dimension de désorganisation légère
Dimension négative légère

Sur la vie entière :
Dimension psychotique moyenne
Dimension de désorganisation légère
Dimension négative légère

Trouble dépressif post-psychotique de la Schizophrénie

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est un Trouble dépressif majeur (voir p. 426) surajouté à la phase résiduelle d'une Schizophrénie et n'apparaissant que pendant cette phase. La phase résiduelle de la Schizophrénie succède à la phase active de la Schizophrénie (c.-à-d., symptômes répondant au Critère A). Elle se caractérise par la persistance sous une forme atténuée de symptômes négatifs ou de symptômes de phase active (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles). Le Trouble dépressif majeur surajouté doit comprendre une humeur dépressive (c.-à-d. une perte d'intérêt ou de plaisir ne peut pas se substituer à une humeur triste ou dépressive). Souvent, l'Épisode dépressif majeur s'installe immédiatement après la rémission des symptômes de phase active de l'épisode psychotique. Parfois cependant, il peut succéder à un intervalle libre plus ou moins long, durant lequel il n'y a aucun symptôme psychotique. Des symptômes thymiques qui seraient dus aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour le diagnostic d'un trouble dépressif post-psychotique de la Schizophrénie.

Caractéristiques associées

Lorsqu'on les compare aux sujets atteints de Schizophrénie sans épisodes dépressifs post-psychotiques, ces sujets ont plus volontiers une vie solitaire et moins de soutiens sociaux. Parmi les autres caractéristiques associées, on peut retrouver un plus grand nombre d'hospitalisations antérieures, (les antécédents de rechutes psychotiques au cours d'un traitement par médicaments antipsychotiques, un début insidieux des épisodes psychotiques, des épisodes antérieurs de dépression, et des tentatives de suicide antérieures. Il peut y avoir des pertes récentes, des événements de vie indésirables, et d'autres facteurs de stress. Les taux de prévalence rapportés sont variables mais jusqu'à 2S% des sujets atteints de Schizophrénie peuvent présenter cette affection à un moment ou à un autre de l'évolution de leur maladie. Les hommes semblent tout aussi vulnérables que les femmes. Ces sujets semblent avoir une plus grande propension à faire une rechute d'un épisode psychotique ou à être réhospitalisés que ceux qui n'ont pas de dépression. Les sujets atteints de Schizophrénie dont les parents biologiques du premier degré ont des antécédents de Troubles dépressifs majeurs pourraient présenter un risque plus élevé de dépression post-psychotique. Cette affection est associée à des idées suicidaires, des tentatives de suicide, et (les suicides réussis.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-IV, on ferait un diagnostic de **Trouble dépressif non spécifié** chez un sujet présentant un tableau clinique répondant à ces critères de recherche.

On distingue un **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** de cette affection par le fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie). On distingue

un Trouble de l'humeur induit par une substance de cette affection par le fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une drogue donnant lieu à abus (p. ex., alcool, cocaïne) ou aux effets secondaires d'un médicament. Les sujets atteints de Schizophrénie sont souvent sous un traitement neuroleptique de maintenance, qui peut causer des effets secondaires à type de dysphorie ou de Troubles des mouvements induits par un médicament. Ces effets secondaires peuvent être confondus avec des symptômes dépressifs. Le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques avec akinésie (voir p. 911) se caractérise par une diminution de la capacité à prendre des initiatives ou à persévérer dans un comportement, ce qui peut conduire à un manque de spontanéité ou à une anhédonie. Une Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques (voir p. 921) peut en imposer pour une anxiété ou une agitation, et une humeur dépressive ou des idées suicidaires peuvent s'y associer. On peut réduire ces effets secondaires et clarifier la cause de tels symptômes en changeant de médicament ou en ajustant la close.

Il peut être particulièrement difficile de faire le diagnostic différentiel entre des symptômes dépressifs post-psychotiques et les symptômes négatifs de la Schizophrénie (c.-à-d. perte de volonté, alogie, émoussement affectif). On doit distinguer les symptômes négatifs des autres symptômes de dépression (c.-à-d. tristesse, sentiment de culpabilité, sentiment de honte, perte d'espoir, désarroi, et baisse de l'estime de soi). Dans le Trouble schizo-affectif et le Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, il doit y avoir une période substantielle où l'épisode psychotique en phase aiguë et l'épisode thymique sont intriqués. En revanche, on ne fait le diagnostic du trouble proposé ici que pendant la phase résiduelle de la Schizophrénie.

Un état de Démoralisation peut survenir au cours de l'évolution d'une Schizophrénie mais on ne le considérera pas comme une dépression post-psychotique, à moins que tous les critères d'un Trouble dépressif majeur soient remplis. On fait la distinction entre un Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et des symptômes dépressifs post-psychotiques clans la Schizophrénie car les symptômes dépressifs dans un Trouble de l'adaptation ne remplissent pas les critères d'un Trouble dépressif majeur.

Critères de recherche pour le trouble dépressif post-psychotique de la Schizophrénie

A. Les critères d'un Épisode dépressif majeur sont remplis.

N.-B. : L'épisode dépressif majeur doit inclure le Critère A1 : humeur dépressive. Les symptômes pouvant être attribués à des effets secondaires médicamenteux ou les symptômes négatifs de la Schizophrénie ne doivent pas être inclus.

B. L'Épisode dépressif majeur est surajouté à la phase résiduelle d'une Schizophrénie et n'apparaît que pendant cette phase.

C. L'Épisode dépressif majeur n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Trouble détérioratif simple (Schizophrénie simple)

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est le développement de symptômes négatifs prononcés, qui représentent un net changement à partir d'un état préalable. Ces symptômes sont suffisamment sévères pour causer une diminution marquée du fonctionnement professionnel ou scolaire. Si des symptômes psychotiques positifs ont été présents à un moment ou à un autre (c.-à-d. hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement désorganisé, comportement catatonique), ils n'étaient pas au premier plan. Cette affection ne sera envisagée qu'après avoir éliminé toutes les autres causes possibles de détérioration, c.-à-d. que le tableau clinique n'est pas mieux expliqué par une Personnalité schizotypique ou une Personnalité schizoïde, par un Trouble psychotique, un Trouble de l'humeur ou un Trouble anxieux, par une Démence, ou par un Retard mental. En outre, les symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. On assiste à un développement insidieux et progressif de symptômes négatifs sur une période d'au moins une année, débutant à l'adolescence ou ultérieurement. Les réactions émotionnelles s'émoussent, s'estompent, se nivellent et deviennent vides. Le discours s'appauvrit en termes de vocabulaire et de contenu. Il y a un changement net de la « personnalité », avec une réduction marquée des relations interpersonnelles. Les relations étroites deviennent moins chaleureuses et moins solidaires, les interactions sociales deviennent généralement malaisées, d'où un isolement et un repliement sur soi. Les initiatives laissent la place à une apathie, et l'ambition à une perte de volonté. La perte d'intérêt gagne les détails quotidiens de l'hygiène personnelle. La personne peut paraître avoir « l'esprit ailleurs » et avoir tendance aux oublis. Les aptitudes scolaires ou professionnelles régressent, conduisant à des emplois plus simples, temporaires, et à un chômage fréquent.

Caractéristiques associées

Toutes les caractéristiques de la Personnalité schizoïde ou schizotypique peuvent être présentes. Les plus courantes sont des particularités de la tenue vestimentaire et du comportement, un manque d'hygiène, des idées bizarres surinvesties, ou des perceptions inhabituelles telles que des illusions. Le trouble proposé ici peut se rencontrer chez les adolescents et les adultes des deux sexes. On ne dispose pas d'estimations valables de sa prévalence et de son incidence, mais il est évident que ce trouble est rare. L'évolution est progressivement défavorable, du moins pendant les premières années, avec une détérioration prononcée du fonctionnement. La détérioration du fonctionnement ressemble à l'évolution caractéristique de la Schizophrénie et permet de distinguer cette affection de la Personnalité schizoïde et de la Personnalité schizotypique. Des symptômes répondant au Critère A peuvent apparaître, auquel cas le diagnostic est modifié pour celui (le Schizophrénie. Dans ce cas, il s'avère que ce tableau clinique était le prodrome prolongé d'une Schizophrénie. Dans d'autres cas la sévérité de ce tableau peut s'atténuer, comme cela peut arriver aussi dans la Schizophrénie. Chez la plupart des sujets, l'évolution est continue, avec une détérioration initiale au cours des premières années qui suivent les symptômes prodromiques, puis un plateau où les capacités de fonctionnement sont réduites et marginales, mais stabilisées.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-IV, on ferait un diagnostic de **Trouble mental non spécifié** chez les sujets présentant un tableau clinique qui répond à ces critères de recherche.

Cette affection ne sera envisagée qu'après avoir éliminé toutes les autres causes possibles de détérioration du fonctionnement. Cette affection est différenciée des troubles inclus dans la section « Schizophrénie et autres troubles psychotiques » par l'absence de symptômes psychotiques positifs prononcés. Ces troubles comprennent **la Schizophrénie, le Trouble schizo-affectif, le Trouble schizophréniforme, le Trouble psychotique bref, le Trouble délirant, le Trouble psychotique partagé,** et le **Trouble psychotique non spécifié,** qui requièrent tous la présence d'au moins un symptôme positif pendant une certaine durée. Le trouble proposé ici diffère des **Personnalités schizoïde** et **schizotypique** ainsi que d'autres troubles de la personnalité dans la mesure où son diagnostic requiert une modification nette de la personnalité et une détérioration marquée du fonctionnement. En revanche, les Troubles de la personnalité représentent des modalités persistant la vie durant sans détérioration progressive. Les **Troubles de l'humeur** peuvent mimer l'apathie et l'anhédonie du trouble détérioratif simple, mais au cours d'un Trouble de l'humeur le sujet ressent un affect dépressif (tristesse, désespoir, désarroi, culpabilité douloureuse), et l'évolution a tendance à être épisodique. En outre, au cours d'un trouble détérioratif simple, il y a plutôt une sensation de vide qu'une humeur douloureuse ou dépressive prononcée, et l'évolution est continue et progressive. La distinction de ce trouble et du **Trouble dysthymique** peut être plus difficile, car l'évolution peut y être également continue et les symptômes végétatifs ainsi que l'humeur douloureusement dépressive peuvent ne pas être au premier plan. Le trouble proposé ici peut mimer une **Dépendance chronique à une substance** et ne doit être envisagé que si la modification *de* la personnalité et la détérioration précèdent l'utilisation importante d'une substance. **La modification de la personnalité due à une affection médicale générale** diffère par la présence d'une affection médicale générale en tant qu'étiologie. L'altération cognitive du trouble détérioratif simple peut être confondue avec un **Retard mental** ou une **démence.** Le Retard mental se distingue par la présence d'un début typique dans la première ou la deuxième enfance. La Démence se différencie par la présence d'une affection médicale générale ou de l'usage d'une substance en tant qu'étiologies.

Le diagnostic différentiel peut-être le plus difficile à faire est **l'absence de trouble mental.** Le trouble détérioratif simple aboutit souvent à une marginalisation sociale. Cela ne signifie pas pour autant que tout sujet en marge de la société a nécessairement le trouble proposé ici. Les caractéristiques permettant de définir le trouble détérioratif simple impliquent des symptômes négatifs, qui ont plus tendance à se situer dans un continuum avec la normalité que les symptômes positifs et qui peuvent être mimés par divers facteurs (se reporter à la discussion relative à ce sujet dans la section « Schizophrénie », p. 357). De ce fait, on doit veiller particulièrement à ne pas utiliser trop largement le diagnostic du trouble proposé ici.

Critères de recherche du trouble détérioratif simple (Schizophrénie simple)

A. Développement progressif sur une période d'au moins un an de toutes les manifestations suivantes :

(1) réduction marquée du fonctionnement scolaire ou occupationnel
(2) apparition et aggravation progressives de symptômes négatifs tels qu'un émoussement affectif, une alogie, et une perte de volonté
(3) peu de relations interpersonnelles, isolement social, ou retrait social.

B. Le Critère A de la Schizophrénie n'a jamais été rempli.

C. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une Personnalité schizotvpique ou schizoïde, un Trouble psychotique, un Trouble (le l'humeur, un Trouble anxieux, une démence, ou un Retard mental et ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Trouble dysphorique prémenstruel

Caractéristiques

Les caractéristiques essentielles sont des symptômes tels qu'une humeur dépressive, une anxiété, et une labilité émotionnelle marquées, ainsi qu'une diminution de l'intérêt pour les activités. Ces symptômes sont régulièrement survenus durant la dernière semaine de la phase lutéale de la plupart des cycles menstruels au cours de l'année écoulée. Ces symptômes s'améliorent dans les quelques jours suivant le début des règles (phase folliculaire) et sont toujours absents dans la semaine suivant les règles.

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents la plupart du temps pendant la dernière semaine de la phase lutéale, dont l'un doit être parmi les quatre premiers : 1) sentiments de tristesse, de désespoir, ou autodépréciation ; *2)* impression (l'être tendue, anxieuse ou nerveuse ; 3) labilité *de* l'humeur marquée avec pleurs fréquents ; 4) irritabilité persistante, colère, et augmentation des conflits interpersonnels ; 5) diminution de l'intérêt pour les activités habituelles, pouvant être associée à un retrait social ; 6) difficultés de concentration ; *7)* sentiments de fatigue, léthargie, ou manque d'énergie ; 8) modifications marquées de l'appétit pouvant être associées à des crises de boulimie ou à des envies impérieuses (le certains aliments ; 9) hypersomnie ou insomnie ; 10) sentiment subjectif d'être débordée ou de perte de contrôle ; et 11) symptômes somatiques tels que tension ou gonflement des seins, céphalées, impression d'« enfler » ou prise de poids, avec sensation d'être à l'étroit dans les vêtements, chaussures ou bagues. Des douleurs articulaires ou musculaires peuvent également être présentes. Ces symptômes peuvent être accompagnés de pensées suicidaires.

Cette configuration symptomatique doit avoir été présente la plupart des mois au cours des 12 derniers mois. Les symptômes disparaissent peu de temps après le début des règles. La configuration la plus typique est un dysfonctionnement au cours de la semaine précédant les règles et qui cesse au milieu des règles. De façon atypique, quelques femmes présentent également des symptômes autour de l'ovulation ; aussi, les femmes ayant des cycles courts peuvent-elles ne présenter des périodes libres de tout symptôme que durant une semaine par cycle.

Typiquement, les symptômes sont comparables en sévérité (mais pas en durée) à ceux d'un autre trouble mental comme un Épisode dépressif majeur ou un Trouble anxieux généralisé et doivent entraîner au cours de la semaine précédant les règles une altération évidente et marquée des activités ou de la capacité à fonctionner socialement. L'altération du fonctionnement social peut se manifester par des discordes conjugales et des problèmes avec les amis et la famille. Il est très important de ne pas confondre des problèmes conjugaux ou professionnels au long cours avec un dysfonctionnement ne survenant que durant les périodes prémenstruelles. Il existe un contraste important entre les sentiments dépressifs des femmes et leur difficultés à fonctionner durant cette période, avec leur humeur et leurs capacités le reste du mois. Ces symptômes peuvent être surajoutés à un autre trouble mais ne sont pas simplement une exacerbation des symptômes d'un autre trouble, tel que Trouble dépressif majeur, Trouble panique, Trouble dysthymique ou Trouble de la personnalité. La présence de la configuration symptomatique cyclique doit être confirmée de manière prospective par des évaluations quotidiennes des symptômes pendant au moins deux mois consécutifs. Les cotations quotidiennes des symptômes doivent être effectuées par la femme et peuvent également l'être par quelqu'un vivant avec elle. Il est important que ces agendas soient tenus à jour quotidiennement et non pas composés rétrospectivement de mémoire.

Caractéristiques associées

Des antécédents de Troubles anxieux et dépressifs sont fréquents. Des idées délirantes et des hallucinations ont été décrites dans la phase lutéale tardive du cycle menstruel, mais elles sont très rares. On ignore si elles sont symptomatiques d'un Trouble dysphorique prémenstruel ou si elles ne sont qu'une recrudescence d'un trouble mental préexistant. Les symptômes physiques et thymiques prémenstruels ont tendance à survenir dans certaines familles et ils sont au moins en partie héréditaires.

Bien que les femmes associant dysménorrhées (règles douloureuses) et trouble dysphorique prémenstruel aient probablement plus de demandes de traitement que les femmes ne présentant que l'une de ces affections, la plupart des femmes ayant l'une des affections n'ont pas l'autre. Un grand éventail d'affections médicales générales peuvent s'aggraver au cours des phases prémenstruelles ou lutéales (p. ex., migraine, asthme, allergies et épilepsie). Il n'existe pas d'examen complémentaire permettant le diagnostic du trouble. Cependant, plusieurs études préliminaires limitées ont montré que certains examens complémentaires (p. ex., mode de sécrétion de la sérotonine ou de la mélatonine, tracés EEG de sommeil) étaient anormaux clans des groupes de femmes présentant ce trouble tel qu'il est proposé, comparativement à des sujets contrôles.

On estime qu'au moins 75 % des femmes rapportent des modifications mineures ou isolées au cours de la période prémenstruelle. Un nombre restreint d'études suggèrent que le « syndrome prémenstruel » (défini de façon variable) a une occurrence

de 20-50 %, et que 3-5 % des femmes présentent des symptômes remplissant les critères proposés pour ce trouble. Il n'y a eu que très peu d'études systématiques sur l'évolution et la stabilité de cette affection. Les symptômes prémenstruels peuvent commencer à tout âge après la survenue des règles. La majorité des femmes dont les symptômes répondent aux critères diagnostiques du trouble proposé ici et qui participent aux travaux de recherche sont au début ou à la moitié de leur quatrième décennie ; toutefois c'est tout au long de la période durant laquelle la femme est susceptible de procréer que des symptômes prémenstruels cliniquement significatifs sont signalés. Bien que les symptômes ne surviennent pas nécessairement à chaque cycle, ils sont présents pour la majorité d'entre eux. Certains mois, les symptômes peuvent être pires que d'autres. Les femmes rapportent généralement que leurs symptômes empirent avec l'âge jusqu'à ce qu'ils disparaissent avec le début de la ménopause.

Diagnostic différentiel

Les sujets répondant à ces critères de recherche seraient diagnostiqués clans le DSM-IV comme avant un **Trouble dépressif non spécifié.**

Les modifications thymiques passagères que beaucoup de femmes connaissent autour de la période de leurs règles ne doivent pas être considérées comme un trouble mental. Le Trouble dysphorique prémenstruel ne doit être pris en considération que lorsque les symptômes interfèrent nettement avec le travail ou l'activité scolaire, ou avec les activités sociales habituelles et les relations avec les autres (p. ex., évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail ou à l'école). Le Trouble dysphorique prémenstruel peut être différencié du « **syndrome prémenstruel** » beaucoup plus fréquent, par l'utilisation de cotations prospectives quotidiennes et des critères stricts énumérés ci-dessous. Il se différencie du « syndrome prémenstruel » par sa configuration de symptômes caractéristiques, la sévérité de ceux-ci et l'altération du fonctionnement qui en résulte.

Le Trouble dysphorique prémenstruel doit être différencié de l'**exacerbation prémenstruelle d'un trouble mental actuel** (p. ex., Troubles de l'humeur, Troubles anxieux, Troubles somatoformes, Boulimie, Troubles liés a l'utilisation d'une substance, et Troubles de la personnalité). Dans de telles situations (qui sont beaucoup plus fréquentes que le trouble dysphorique prémenstruel), les symptômes s'aggravent au moment de la période prémenstruelle, mais persistent durant tout le cycle menstruel. Bien que cette affection ne doive pas être envisagée chez les femmes ne présentant qu'une exacerbation prémenstruelle d'un autre trouble mental, elle peut être prise en considération en plus du diagnostic d'un autre trouble mental actuel lorsque les femmes présentent des symptômes et des modifications de leur niveau de fonctionnement qui sont caractéristiques du trouble dysphorique prémenstruel et qui diffèrent nettement des symptômes présentés clans le cadre du trouble en cours.

Certaines femmes ayant des **affections médicales générales** peuvent présenter une dysphorie et une fatigue qui s'exacerbent au cours de la période prémenstruelle. L'épilepsie, les troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens, le cancer, le lupus érythémateux aigu disséminé, les anémies, les endométrioses, et diverses affections en sont des exemples. Des tentatives doivent être faites pour différencier ces affections médicales générales du trouble dysphorique prémenstruel par les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires.

Critères de recherche pour le Trouble dysphorique prémenstruel

A. Au cours de la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, cinq ou plus des symptômes suivants Ont été présents la plupart du temps lors de la dernière semaine de la phase lutéale. Ils se sont améliorés au cours des premiers jours de la phase folliculaire et sont demeurés absents pendant la première semaine après les règles.
L'un des symptômes doit être (1), (2), (3) ou (4) :

(I) humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou autodépréciation (idées de dévalorisation)
(2) anxiété marquée, tensions, impression d'être noué, tendu, nerveux
(3) labilité émotionnelle marquée (p. ex., brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet)
(4) colère ou irritabilité marquée et persistante ou augmentation des conflits interpersonnels
(5) diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (p. ex., travail, école, amis, loisirs)
(6) difficultés subjectives à se concentrer
(7) léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée
(8) modifications marquées de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments
(9) hypersomnie ou insomnie
(10) sentiment d'être débordé ou de perte de contrôle
(11) autres symptômes physiques tel que tension ou gonflement des seins, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires, impression d'« enfler », prise de poids

N.-B. : Au cours du cycle menstruel, la phase lutéale correspond à la période comprise entre l'ovulation et le début des règles, la phase folliculaire débute avec les règles. Chez les femmes non réglées (p. ex., en cas d'hystérectomie), la datation des phases lutéale et folliculaire peut nécessiter le dosage (les hormones sexuelles circulantes.

B. La perturbation interfère nettement avec le travail ou l'activité scolaire, les activités sociales habituelles et les relations avec les autres (p. ex., évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail ou à l'école).

C. La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble comme un Trouble dépressif majeur, un Trouble panique, un Trouble dysthymique ou un Trouble de la Personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).

D. Des évaluations quotidiennes prospectives réalisées pendant au moins deux cycles symptomatiques consécutifs doivent confirmer la présence des critères A, B et C (avant cette confirmation, le diagnostic peut être porté à titre provisoire).

Critère de recherche alternatif B pour le Trouble dysthymique

Le choix des symptômes définissant au mieux le Trouble dysthymique a fait l'objet d'un certain nombre de controverses. Les résultats des études sur le terrain du DSM-IV pour les Troubles de l'humeur suggèrent que la version suivante du critère B serait plus caractéristique du Trouble dysthymique que celle du DSM-III-R ou celle qui figure dans le DSM-IV. Cependant, il a été décidé qu'il était nécessaire de réunir des résultats confirmatoires avant d'incorporer ces éléments dans la définition officielle du Trouble dysthymique.

Critère de recherche alternatif B pour le Trouble dysthymique

B. Présence au cours de l'état dépressif d'au moins trois des symptômes suivants :

(1) baisse de l'estime ou de la confiance en soi ou sentiment d'inadaptation
(2) pessimisme, désespoir ou absence d'espoir
(3) perte généralisée d'intérêt et de plaisir
(4) retrait social
(5) fatigue chronique, fatigabilité
(6) idées de culpabilité, ruminations sur le passé
(7) sentiments d'irritabilité ou de colère excessive
(8) diminution des activités, de l'efficacité, de la productivité
(9) difficultés cognitives se traduisant par une mauvaise concentration, une mémoire déficiente ou une indécision

Trouble dépressif mineur

Caractéristiques

La caractéristique essentielle de ce trouble est une ou plusieurs périodes de symptômes dépressifs, identiques à celles des Épisodes dépressifs majeurs en terme de durée, mais qui comprennent moins de symptômes et entraînent une déficience moindre. Un épisode comprend ou bien une humeur triste ou « dépressive », ou bien une perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toute les activités. Au total, au moins deux mais moins de cinq symptômes doivent être présents. Se référer au texte de l'Épisode dépressif majeur (p. 403) pour une description plus détaillée des caractéristiques des symptômes. Au début de l'épisode les symptômes sont soit des symptômes nouveaux soit des symptômes manifestement aggravés par rapport à l'état antérieur du sujet. Pendant les épisodes, les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres

domaines importants. Chez certains sujets, le fonctionnement peut être à peu près normal, mais au prix d'un effort considérable.

Un certain nombre de troubles excluent la possibilité de retenir ce diagnostic. Il n'y a jamais eu d'Épisode dépressif, maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères pour le Trouble dysthymique ou le Trouble cyclothymique ne sont pas remplis. La perturbation thymique ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant, ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

Caractéristiques associées

La prévalence de ce trouble (tel qu'il est défini ici) est mal connue, mais il pourrait être relativement fréquent, particulièrement en soins primaires et dans les consultations externes des centres de santé mentale. Un certain nombre d'affections médicales générales (p. ex., infarctus du myocarde, cancer, et diabète) paraissent associées. D'après des études familiales, il y aurait une augmentation de cette configuration symptomatique parmi les parents des sujets ayant un Trouble dépressif majeur.

Diagnostic différentiel

Les sujets répondant à ces critères de recherche seraient diagnostiqués dans le DSM-IV comme ayant un **Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive** si les symptômes surviennent en réponse à un stress psychosocial ; dans les autres cas, le diagnostic approprié est Trouble dépressif non spécifié.

Un épisode d'un trouble dépressif mineur se différencie d'un **Épisode dépressif majeur** par le nombre de symptômes requis (deux à quatre symptômes pour le trouble dépressif mineur et au moins cinq symptômes pour un Épisode dépressif majeur). Le trouble proposé doit être considéré comme une catégorie résiduelle et ne doit pas être utilisé en présence d'antécédents d'Épisode **dépressif majeur, maniaque, mixte,** ou **hypomaniaque,** ou quand la présentation remplit les critères d'un **Trouble dysthymique** ou **cyclothymique.** Ce peut être difficile de différencier les symptômes répondant aux critères de recherche pour trouble dépressif mineur par rapport à des **périodes de tristesse** qui font partie inhérente de la vie de tous les jours. Pour ce trouble, on exige que les symptômes dépressifs soient présents la plupart du temps au cours de la journée presque tous les jours pendant au moins deux semaines. De plus, les symptômes dépressifs doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une déficience. Les symptômes dépressifs survenant en réponse à la perte d'un être cher sont considérés comme un **Deuil** (à moins qu'ils ne remplissent les critères pour un Épisode dépressif majeur, voir p. 411). Le **Trouble de l'humeur induit par une substance** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., alcool ou cocaïne) ou aux effets secondaires d'un médicament (p. ex., stéroïdes) (voir p. 466). Le **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie) (voir p. 461). Dans la mesure où les symptômes dépressifs sont fréquemment des caractéristiques associées de troubles psychotiques, ils ne font pas l'objet d'un diagnostic séparé lorsqu'ils surviennent exclusivement au cours d'une **Schizophrénie,** d'un **Trouble**

schizophréniforme, d'un **Trouble schizo-affectif,** d'un **Trouble délirant,** ou d'un **Trouble psychotique non spécifié.** La relation de ce trouble avec différentes autres catégories proposées clans cette annexe (c.-à-d. dépression brève récurrente, personnalité dépressive, et trouble mixte anxiété-dépression), avec d'autres troubles de la personnalité n'est pas connue, mais un chevauchement important pourrait exister entre eux.

Critères de recherche pour le Trouble dépressif mineur

A. Une perturbation de l'humeur définie par :

(1) Au moins deux (mais moins de cinq) des symptômes suivants ont été présents pendant la même période d'au moins deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur : l'un des symptômes est nécessairement (a) ou (b) :

(a) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure)
N.-B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(h) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)

(c) 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

(d) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(e) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou rie ralentissement intérieur

(f) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(g) 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)

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

(i) 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

(suite)

☐ Critères de recherche pour le Trouble dépressif mineur
(suite)

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

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

(4) Les .symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, p. ex., après la mort d'un être cher les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

B. Il n'existe pas d'Épisode dépressif majeur antérieur (voir p. 411) et les critères d'un Trouble dysthymique ne sont pas remplis.

C. Il n'existe pas d'Épisode maniaque antérieur (voir p. 417), (l'Épisode mixte (voir p. 421) ou d'Épisode hypomaniaque (voir p. 425) et les critères d'un Trouble cyclothymique ne sont pas remplis. N.-B. : Ne pas appliquer ce critère d'exclusion lorsque les épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes ont toujours été déclenchés par une prise de substance ou un traitement.

D. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, (l'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

Trouble dépressif bref récurrent

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est la survenue récurrente d'épisodes brefs de symptômes dépressifs, identiques aux Épisodes dépressifs majeurs en termes de nombre et de sévérité des symptômes, mais qui ne remplissent pas le critère d'une durée de deux semaines. Se référer au texte d'un Épisode dépressif majeur (p. 403) pour une description plus détaillée des caractéristiques des symptômes. Les épisodes (lurent au moins deux jours mais moins de deux semaines, et plus typiquement entre deux et quatre jours. Les épisodes doivent survenir au moins une fois par mois pendant une période de douze mois consécutifs, et ne doivent pas être exclusivement associés au cycle mens-

truel. Les épisodes dépressifs brefs doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants. Chez certains sujets, le fonctionnement peut être à peu près normal, mais au prix d'un effort considérable.

Un certain nombre de troubles excluent la possibilité de retenir ce diagnostic. Il n'y a jamais eu d'Épisode dépressif, maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères du Trouble dysthymique et du Trouble cyclothymique ne sont pas remplis. La perturbation thymique ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant, ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

Caractéristiques associées

Les comorbidités actuelles ou vie entière paraissent comparables à celles du Trouble dépressif majeur. Les troubles associés peuvent comprendre des Troubles liés à une substance et des Troubles anxieux. La survenue des épisodes peut varier en fonction des saisons. On a rapporté que la prévalence sur 1 an de ce trouble était d'environ 7 % (bien que souvent en association avec un autre trouble mental reconnu). Les hommes et les femmes présenteraient des épisodes dépressifs brefs récurrents clans les mêmes proportions, et l'âge de début se situerait le plus typiquement à l'adolescence. Les tentatives rie suicide sont les complications les plus graves. Le taux rie troubles dépressifs est augmenté chez les parents biologiques de premier degré des sujets ayant des épisodes dépressifs brefs récurrents.

Diagnostic différentiel

Les sujets répondent à ces critères *de* recherche seraient diagnostiqués dans le DSM-IV comme ayant un **Trouble dépressif non spécifié.**

Un épisode d'un trouble dépressif bref récurrent se différencie d'un **Épisode dépressif majeur** par la durée rie l'épisode (2-13 jours pour un épisode dépressif bref récurrent et 2 semaines ou plus pour un Épisode dépressif majeur). Le trouble dépressif bref récurrent est considéré comme étant une catégorie résiduelle qui ne doit pas être utilisée en présence d'antécédents d'Épisode **dépressif majeur, maniaque, mixte,** ou **hypomaniaque,** ou quand les critères pour un **Trouble dysthymique** ou **cyclothymique** sont remplis. Le **Trouble de l'humeur induit par une substance** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., alcool ou cocaïne) ou aux effets secondaires d'un médicament (p. ex., stéroïdes) (voir p. 466). I.e **Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes dépressifs sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie) (voir p. 461). Dans la mesure où les symptômes dépressifs sont fréquemment des caractéristiques associées de troubles psychotiques, ils ne font pas l'objet d'un diagnostic séparé lorsqu'ils surviennent exclusivement au cours d'une **Schizophrénie,** d'un **Trouble schizophréniforme,** d'un **Trouble schizo-affectif,** d'un **Trouble délirant,** ou d'un **Trouble psychotique non spécifié.** Le trouble dépressif bref récurrent a un certain nombre rie caractéristiques cliniques en commun avec **la Personnalité borderline** (c.-à-d. des symptômes dépressifs brefs et épisodiques comme une idéation suicidaire

ou une tristesse se manifestent dans les deux troubles). Lorsqu'un Trouble de la personnalité et ce trouble sont conjointement présents, ils peuvent être tous deux notés (avec le trouble dépressif bref récurrent noté comme Trouble dépressif non spécifié). La relation de ce trouble avec différentes autres catégories proposées dans cette annexe (c.-à-d. le trouble dépressif mineur, la personnalité dépressive et le trouble mixte anxiété-dépression), et avec d'autres troubles de la personnalité n'est pas connue, mais un chevauchement important pourrait exister entre eux.

Critères de recherche pour le Trouble dépressif bref récurrent

A. Le trouble répond aux critères d'un Épisode dépressif majeur à l'exception de la durée (voir p. 411).

B. Les épisodes dépressifs définis dans les critères persistent entre deux jours et deux semaines.

C. Les épisodes dépressifs surviennent au moins une fois par mois pendant au moins 12 mois consécutifs, et ne sont pas associés au cycle menstruel.

D. Les épisodes dépressifs induisent une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament).

F. Il n'existe pas d'antécédents d'Épisode dépressif majeur (voir p. 411) et les critères d'un Trouble dysthymique ne sont pas remplis.

G. Il n'existe pas d'antécédents (l'Épisode maniaque (voir p. 417), d'Épisode mixte (voir p. 421) ou d'Épisode hypomaniaque (voir p. 425) et les critères d'un Trouble cyclothymique ne sont pas remplis.
N. B. : Ne pas appliquer ce critère d'exclusion si tous les épisodes maniaques, mixtes ou d'allure hypomaniaque ont été induits par une substance ou un traitement.

H. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

Trouble mixte anxiété-dépression

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est une humeur dysphorique persistante ou récurrente, durant au moins un mois. L'humeur dysphorique s'accompagne de symptômes additionnels qui doivent également persister pendant au moins un mois et comprendre au moins quatre des symptômes suivants : difficultés de concentration ou de mémoire, perturbation du sommeil, fatigue ou baisse d'énergie, irritabilité, soucis, facilement en pleurs, hypervigilance, anticipation du pire, désespoir ou pessimisme par rapport à l'avenir, et faible estime de soi ou sentiments d'être sans valeur. Les sentiments doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Ce trouble ne doit pas être pris en considération si les symptômes sont dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affection médicale générale, ou si les critères pour Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble panique, ou Trouble anxieux généralisé ont déjà été remplis. Ce diagnostic ne doit également pas être porté si les critères pour n'importe quel autre Trouble anxieux ou thymique sont actuellement remplis, même si le Trouble anxieux ou thymique est en rémission partielle. Les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental. Il est important de noter que les liens qui unissent au long cours le trouble proposé ici et les autres troubles anxieux et dépressifs sont aussi inconnus. De ce fait, on ne sait pas précisément quelle est la proportion de sujets chez lesquels cette configuration symptomatique — à savoir un trouble mixte anxieux et dépressif — peut être un facteur de risque pour un autre trouble mental comme un Trouble dépressif majeur, un Trouble anxieux généralisé ou un Trouble panique.

Les taux de prévalence ponctuelle varient de 1,3 à 2 % dans les centres de soins primaires. Dans les échantillons de population générale, le taux de prévalence ponctuelle a été estimé à 0,8 %. Le trouble mixte anxiété-dépression est aussi rencontré de façon quasiment courante dans les quelques centres de santé mentale où cela a été étudié.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-IV, les sujets répondant ces critères de recherche seraient diagnostiqués comme ayant un **Trouble anxieux non spécifié.**

Le **Trouble anxieux induit par une substance** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes de dysphorie sont dus aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (p. ex., alcool ou cocaïne) ou aux effets secondaires d'un médicament (p. ex., stéroïdes) (voir p. 553). 1,e **Trouble anxieux dû à une affection médicale générale** se différencie de cette perturbation du fait que les symptômes de dysphorie sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (ex. phéochromocytome, hyperthyroïdie) (voir p. 550). Les symptômes décrits dans cette catégorie sont fréquemment une **caractéristique associée d'un grand nombre de troubles mentaux** et ne doivent par conséquent pas être diagnostiqués séparément s'ils sont mieux expliqués par un autre trouble mental. Cette affection ne devrait également pas être prise en considération chez les sujets ayant une histoire actuelle ou passée de **Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble panique,** ou **Trouble anxieux généralisé,** ou ayant n'importe quel autre

Trouble anxieux ou thymique (y compris ceux en rémission partielle). *Cette présentation* se différencie également de **l'absence de trouble mental** par le fait que les symptômes sont persistants ou récurrents et qu'ils *entraînent* une *souffrance cliniquement* significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

La relation de ce trouble avec différentes autres *catégories* proposées *clans cette* annexe (c.-à-d. trouble dépressif mineur, trouble dépressif bref récurrent, *et* personnalité dépressive), ainsi qu'avec d'autres troubles *de* la personnalité, n'est *pas connue,* mais un chevauchement important pourrait exister *entre* eux.

Critères de recherche *du* Trouble mixte anxiété-dépression

A. Humeur dysphorique persistante ou *récurrente* persistant au moins un mois.

B. L'humeur dysphorique est associée à au moins quatre des symptômes suivants :

(1) difficultés de concentration ou impression de tête vide
(2) perturbation du sommeil (difficultés à s'endormir ou à *rester* endormi ou sommeil non reposant, non satisfaisant)
(3) fatigue ou baisse d'énergie
(4) irritabilité
(5) soucis
(6) facilité à pleurer
(7) hypervigilance
(8) anticipation du pire
(9) perte d'espoir (pessimisme envahissant *concernant le* futur)
(10) baisse de l'estime *de* soi ou dévalorisation

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

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

E. Tous les critères suivants sont réunis.

(1) n'a jamais rempli les critères (l'un Trouble *dépressif majeur,* d'un Trouble panique ou d'une Anxiété *généralisée*
(2) ne répond pas actuellement aux critères d'un *autre trouble* anxieux ou dépressif (y compris un Trouble anxieux ou *dépressif* en rémission partielle)
(3) les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre *trouble* mental.

Trouble factice « par procuration »

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est la production délibérée ou la simulation de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques chez une autre personne que le sujet lui-même, personne dont le sujet a la charge. Typiquement, la victime est un jeune enfant et l'auteur du comportement est sa mère. La motivation de ce comportement est présumée être un besoin psychologique *de* jouer le rôle de malade « par procuration ». Il n'y a pas de motifs extérieurs à ce comportement, tel qu'un gain pécuniaire. Ce comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. L'auteur de la simulation induit ou bien simule la maladie chez la victime puis l'emmène chez le médecin où il (elle) nie avoir la moindre idée concernant la cause réelle de la situation. La plupart des affections induites et simulées consistent en une diarrhée ou des vomissements persistants, un arrêt respiratoire, de l'asthme, un dysfonctionnement du système nerveux central (p. ex., crises convulsives, trouble de la coordination, perte de conscience) de la fièvre, une infection, un saignement, une insuffisance de développement, une hypoglycémie, des troubles électrolytiques et des rashs. Il est beaucoup plus rare que la victime simule un trouble mental. La nature et la gravité des signes et des symptômes ne sont limitées que par le niveau d'information médicale et par les opportunités qui se présentent à l'auteur de la simulation. L'évolution clinique chez la victime est souvent atypique. Il existe souvent un écart et une inadéquation entre les résultats des examens complémentaires et l'état de santé apparent de la victime.

La victime est habituellement un enfant d'âge préscolaire, mais elle peut être également un nouveau-né, un adolescent, un adulte. Chez des enfants plus âgés, il faut envisager la possibilité d'une complicité entre l'auteur de la simulation et la victime dans la production des signes et des symptômes. Le diagnostic approprié pour l'auteur de la simulation est celui de Trouble factice par procuration. En ce qui concerne la victime, on peut noter les diagnostics d'Abus physique d'un enfant (T74.1) ou d'Abus physique (l'un adulte (T74.1) s'ils sont en rapport avec les constatations médicales. S'il y a une coopération volontaire de la part de la victime, on peut lui attribuer le diagnostic additionnel de Trouble factice.

Caractéristiques associées

Des facteurs de stress comme un dysfonctionnement familial chronique peuvent être présents. Leurs auteurs peuvent pratiquer le mensonge pathologique (ou la *pseudologica fantastica*) lorsqu'ils amènent la victime en consultation et qu'ils relatent les expériences du quotidien. Ils ont habituellement une expérience considérable dans tous les domaines qui touchent à la santé et ils paraissent très à l'aise dans un environnement médical. Ils sont souvent froids vis-à-vis de leur enfant quand ils ne pensent pas être observés. Les victimes peuvent présenter des taux -élevés (le morbidité et de mortalité significativement liés aux conséquences des situations induites ou des problèmes associés tels que des complications iatrogéniques dues aux produits médicamenteux, aux tests diagnostiques et à divers actes chirurgicaux. Avec l'âge, il existe pour elles-mêmes un risque accru de développer un Trouble factice, de même que des problèmes émotionnels et comportementaux comme des difficultés d'attention et de concentration, de mauvais résultats scolaires ou des symptômes de l'État de

stress post-traumatique. Habituellement, l'auteur est la mère, et le père ne parait pas impliqué. Parfois, cependant, le père ou le mari participe ou bien il peut agir seul. L'auteur peut être aussi un conjoint ou une autre personne qui s'occupe de la victime (p. ex., une baby-sitter, une grand-mère ou une belle-mère). Les auteurs peuvent avoir eux-mêmes été la victime de sévices ou d'abus. Des Troubles somatoformes et des Troubles de la personnalité peuvent coexister.

Le Trouble factice par procuration existe souvent conjointement avec un Trouble factice, qui est habituellement latent tant que l'auteur peut induire ou simuler une maladie factice chez la victime. Lorsqu'ils sont confrontés aux conséquences de leur comportement, les auteurs peuvent devenir déprimés et suicidaires. Certains se fâchent avec les médecins et les infirmières, nient les accusations, essaient de faire sortir la victime de l'hôpital contre avis médical et s'adressent à d'autres soignants, même à une très grande distance. Les auteurs peuvent être poursuivis pour crime, allant des sévices au meurtre. Typiquement, l'auteur n'a qu'une victime à la fois, bien que d'autres membres de la fratrie ou d'autres personnes puissent avoir été ou être un jour leur victime.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-lV, un sujet (c.-à-d. l'auteur) dont le comportement répondrait à ces critères de recherche devrait recevoir le diagnostic de **Trouble factice non spécifié.** Chez le sujet qui est amené en consultation, le Trouble factice par procuration doit être distingué **d'une affection médicale générale** ou d'un **trouble mental.** Le Trouble factice par procuration doit aussi être distingué des **abus physiques** ou **des abus sexuels** dans lesquels le but n'est pas de jouer indirectement le rôle du malade. La **simulation** diffère du trouble factice par procuration par le fait qu'un motif extérieur incite à la production des symptômes, alors qu'il n'y en a pas dans le Trouble factice. Dans la Simulation, les sujets peuvent essayer de faire hospitaliser une personne dont ils ont la charge dans le but (l'obtenir une compensation.

Critères de recherche pour le trouble factice par procuration

A. Production délibérée ou simulation de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques chez une autre personne que le sujet lui-même, personne dont le sujet a la charge.

B. La motivation de ce comportement est de jouer le rôle de malade par procuration.

C. Il n'y a pas de motifs extérieurs (tels qu'un gain pécuniaire) à ce comportement.

D. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Trouble dissociatif : État de transe

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est un état de transe involontaire qui n'est pas reconnu dans la culture du sujet comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse et qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement. Ce diagnostic ne s'appliquerait pas à des sujets qui entrent clans des états de transe ou de possession, volontairement et sans souffrance, dans le cadre de pratiques culturelles et religieuses largement admises par leur groupe culturel. Ces états volontaires et non pathologiques sont répandus et constituent l'immense majorité des états de transe et de possession rencontrés clans les diverses cultures. Toutefois, certains individus peuvent, au cours d'expériences de transe et de possession culturellement admises, développer des symptômes qui sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement et qui pourraient donc répondre à ces critères diagnostiques. Les exemples spécifiques locaux de l'État de transe dissociative comportent d'importantes variations transculturelles en ce qui concerne le type particulier de comportement observé pendant l'état de transe, la présence ou l'absence d'altérations sensorielles dissociatives (p. ex., la cécité), l'identité adoptée pendant ces états et le degré d'amnésie qui s'ensuit (des exemples figurent dans l'Annexe I, Glossaire des syndromes propres à une culture donnée, p. 1016).

Dans l'état de transe, la perte de l'identité usuelle n'est pas associée à l'apparition d'autres identités et les gestes ou les actes effectués au cours *de* cet état ne sont généralement pas complexes (il s'agit p. ex., de mouvements convulsifs ou du fait de tomber ou de courir). Dans les états de possession, apparaissent une (ou plusieurs) autres identités distinctes avec des comportements, des souvenirs et des attitudes caractéristiques ; de plus, les activités effectuées pendant l'état de possession tendent à être plus complexes (p. ex., des conversations cohérentes, des gestes caractéristiques, des expressions faciales et des expressions verbales spécifiques qui sont tous associés clans la culture du sujet à l'agent de la possession). Une amnésie totale ou partielle est plus souvent signalée après un épisode de possession qu'après un épisode de transe (bien que des amnésies consécutives à des états de transe ne soient pas rares). De nombreux sujets n'ont qu'un seul type d'état de transe dissociatif, mais certains présentent une symptomatologie mixte ou bien une alternance entre plusieurs types d'état de transe dépendant de facteurs culturels locaux.

Caractéristiques associées

Des variantes de ces états ont été décrites dans presque toutes les sociétés traditionnelles, sur tous les continents. La prévalence paraît diminuer avec l'industrialisation mais elle reste élevée clans des minorités ethniques traditionnelles au sein des sociétés industrialisées. L'âge et le mode de début varient considérablement selon la localisation géographique. Typiquement, l'évolution est épisodique, la durée de chaque épisode aigu variant de quelques minutes à quelques heures. Il a été signalé que pendant un état de transe, les sujets pourraient avoir un seuil de sensibilité à la douleur plus élevé, qu'ils pourraient consommer des substances non comestibles (p. ex., du verre) et qu'ils pourraient avoir une force musculaire plus grande. Les symptômes d'un état de transe pathologique peuvent être augmentés ou diminués en réponse à des signes venant de l'environnement

ou aux soins délivrés par autrui. Les agents présumés de la possession sont habituellement de nature spirituelle (p. ex., les esprits des morts, des entités surnaturelles, des dieux, des démons), qui viendraient formuler une demande ou bien exprimer de l'animosité. Les sujets sont typiquement possédés par un nombre limité d'agents (de un à cinq) qui interviennent de façon séquentielle et non simultanée. Parmi les complications figurent tentatives de suicide, automutilations et accidents. Des morts soudaines ont été signalées comme des issues possibles, peut-être dues à une arythmie cardiaque.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-IV, un sujet dont le tableau clinique répondrait à ces critères de recherche recevrait le diagnostic de **Trouble dissociatif non spécifié.**

Ce diagnostic ne doit pas être porté si l'on estime que l'état de transe est dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (auquel cas le diagnostic approprié est **Trouble mental non spécifié dû à une affection médicale générale,** voir p. 219), ou d'une substance (auquel cas le diagnostic approprié est **Trouble lié à une substance, non spécifié).**

Les symptômes d'un état de transe (p. ex., entendre ou voir des êtres spirituels, être contrôlé ou influencé par les autres) peuvent être confondus avec les hallucinations et les idées délirantes de la **Schizophrénie,** (l'un **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques** ou d'un **Trouble psychotique bref.** L'état de transe peut être reconnu par sa relation avec un contexte culturel particulier, sa durée plus brève et l'absence des symptômes caractéristiques de ces autres troubles.

Le **Trouble dissociatif de l'identité** peut être distingué des états de transe et de possession par le fait que, dans ces derniers, les sujets relatent que des esprits ou des agents extérieurs sont entrés dans leur corps et ont pris le contrôle de celui-ci.

Ce diagnostic ne s'appliquerait pas à des sujets qui entreraient en transe ou dans un état de possession volontairement, sans souffrance et sans altération du fonctionnement, dans le cadre de pratiques culturelles et religieuses.

Critères de recherche du Trouble dissociatif : État de transe

A. Soit (1) ou *(2) :*

(1) État de transe, c.-à-d. altération marquée et temporaire de l'état de conscience ou perte du sentiment de son identité personnelle, qui n'est pas remplacée par une autre identité, en association avec au moins l'un des symptômes suivants :

(a) rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, ou fixation anormalement sélective et focalisée sur certains stimulus environnementaux

(b) comportements ou mouvements stéréotypés que les sujets ressentent comme échappant à leur contrôle

(suite)

☐ **Critères de recherche du Trouble dissociatif : État de transe** *(suite)*

(2) État de possession, c.-à-d. une altération unique ou épisodique de l'état de conscience caractérisée par le fait qu'il y a, à la place du sentiment familier de son identité propre, celui d'une identité nouvelle. Cela est attribué à l'influence d'un esprit, d'une puissance, d'une divinité ou d'une autre personne, comme en témoigne(nt) un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

(a) comportements ou mouvements stéréotypés *et* culturellement déterminés qui sont ressentis comme étant sous le contrôle de l'agent de la possession
(b) amnésie totale ou partielle de l'événement

B. L'état de transe ou de possession n'est pas reconnu comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse.

C. L'état de transe ou de possession est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. L'état de transe ou de possession ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'un Trouble psychotique (notamment un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et un Trouble psychotique bref) ou d'un Trouble dissociatif de l'identité et n'est pas dû aux effets psychologiques directs (l'une substance ou d'une affection médicale générale.

Hyperphagie boulimique' (Binge eating disorder)

Caractéristiques diagnostiques

Ce trouble comporte deux caractéristiques essentielles. D'une part surviennent de façon récurrente des crises de boulimie, avec sensation subjective et manifestations comportementales d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire et souffrance marquée liée aux crises. D'autre part, le sujet n'a pas recours de façon régulière aux comportements compensatoires inappropriés qui caractérisent la Boulimie (Bulimia nervosa) (tels que des vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs et d'autres médicaments, le jeûne et l'exercice physique excessif). Les caractéristiques d'une crise

1. Ce trouble désigne un mode particulier d'hyperphagie. La terminologie retenue dans le DSM-IV le distingue clairement du Trouble boulimique (Bulimia nervosa) qui implique, par définition, l'existence de moyens compensatoires pour contrecarrer les effets des crises sur le poids (N.d.T.).

de boulimie sont exposées dans la description de la Boulimie (Bulimia nervosa) (p. 682). La perte de contrôle sur le comportement alimentaire se manifeste par l'ingestion très rapide de nourriture, jusqu'à en éprouver une sensation pénible de distension abdominale, par l'ingestion de grandes quantités de nourriture sans avoir faim, par la prise d'aliments de façon solitaire, en raison de la gêne causée par la quantité de nourriture absorbée, et par des sentiments de dégoût, de culpabilité ou de dépression après avoir trop mangé. La souffrance marquée requise pour le diagnostic consiste en des sentiments pénibles pendant et après les crises de boulimie, et en une inquiétude concernant les effets à long terme des crises de boulimie sur le poids et la forme du corps.

Les crises de boulimie doivent survenir, en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant une période d'au moins 6 mois. La durée d'une crise de boulimie peut varier considérablement et de nombreux sujets ont du mal à distinguer dans leur comportement boulimique des épisodes distincts, c'est-à-dire des « crises ». Néanmoins, ils se souviennent généralement facilement d'avoir été ou de ne pas avoir été boulimiques un jour particulier. Aussi faut-il suggérer de compter le nombre de jours où il y a eu boulimie, plutôt que le nombre de crises de boulimie à proprement parler, comme on le fait dans le diagnostic de Boulimie. Des recherches futures devront tenter de résoudre cette question.

Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa). En outre, bien que le sujet puisse avoir occasionnellement des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., la prise de purgatifs, le jeûne ou l'exercice physique excessif), il n'emploie pas ces moyens régulièrement pour contrecarrer les effets du comportement boulimique. Les recherches réalisées jusqu'à présent n'ont pas défini de façon homogène « l'utilisation régulière de comportements compensatoires inappropriés ». Dans certaines études, « régulier » équivaut au critère de fréquence de la Boulimie (à savoir deux fois par semaine) et les sujets ayant ces comportements moins de deux fois par semaine (mais tout de même une fois par semaine) sont considérés comme pouvant répondre au diagnostic de l'Hyperphagie boulimique. D'autres études ont exclu les sujets qui rapportent le moindre comportement compensatoire inapproprié pendant la durée du trouble. Des recherches futures devront tenter de résoudre ce problème.

Caractéristiques et troubles associés

Certains sujets relatent que les crises de boulimie sont déclenchées par des états dysphoriques, comme de la dépression ou de l'anxiété. D'autres peuvent ne pas identifier de facteur précipitant particulier mais rapportent que des sensations de tension non spécifique précèdent les crises de boulimie et sont soulagées pal · elles. Certains sujets décrivent un aspect dissociatif de leurs crises de boulimie (ils se sentent engourdis ou comme drogués). De nombreux sujets mangent toute la journée, sans faire aucun vrai repas.

Les sujets vus en pratique clinique qui s'alimentent de cette façon ont différents degrés d'obésité. La plupart ont fait, de longue date, des efforts répétés pour suivre des régimes et sont désespérés de leurs difficultés à contrôler leur consommation de nourriture. Certains continuent à essayer de restreindre leur ration calorique, alors que d'autres ont abandonné tout effort pour suivre un régime, en raison d'échecs répétés. Dans les centres de diététique, les sujets qui s'alimentent de cette façon, ont, en

moyenne, une obésité plus importante et des antécédents de fluctuations pondérales plus marquées que les autres. Dans des échantillons de non-consultants de la population, la plupart des sujets qui s'alimentent de cette façon sont trop gros (mais certains n'ont jamais eu de surpoids).

Les sujets peuvent rapporter que leur alimentation ou leur poids perturbe nettement leurs relations avec les autres, leur travail et leur capacité à se « sentir bien dans leur peau ». Par rapport à des sujets de même poids qui ne s'alimentent pas de façon boulimique, ils expriment plus souvent un dégoût d'eux-mêmes, un dégoût pour les dimensions de leur corps, de la dépression, de l'anxiété, des inquiétudes concernant leur état somatique et une hypersensibilité interpersonnelle. La prévalence sur la vie entière du Trouble dépressif majeur, des Troubles liés à une substance et des Troubles de la personnalité pourrait être plus élevée chez ces sujets.

Dans des échantillons issus de programmes de diététique, la prévalence générale du trouble varie approximativement de 15 % à 50 % (avec une moyenne de 30 %), les femmes présentant ce comportement alimentaire 1,5 fois plus souvent que les hommes. Dans des échantillons de non-consultants de la population, une prévalence de 0,7 % à 4 % a été retrouvée. Le début du trouble se situe typiquement en fin d'adolescence ou peu après l'âge de 20 ans, et suit souvent de près une perte de poids importante consécutive à un régime. Chez les sujets qui consultent, l'évolution parait chronique.

Diagnostic différentiel

Dans le DSM-IV, le diagnostic approprié pour un tableau clinique répondant aux critères de recherche exposés ici serait **Trouble des conduites alimentaires non spécifié.**

A la différence de la **Boulimie (Bulimia nervosa)** Où des moyens compensatoires inappropriés sont employés pour contrecarrer les effets des crises de boulimie, aucun moyen de ce type n'est régulièrement utilisé dans l'Hyperphagie boulimique. Il est fréquent au cours d'épisodes du **Trouble dépressif majeur** que les sujets mangent trop, mais ils ne le font habituellement pas de façon boulimique. Il ne faut envisager le diagnostic proposé clans cette annexe que si le sujet rapporte, pendant les épisodes d'excès alimentaire, à la fois une sensation subjective de perte de contrôle sur le comportement alimentaire et trois des symptômes du critère B. De nombreux sujets souffrent d'épisodes d'excès alimentaire qui ne sont pas des crises de boulimie.

Critères de recherche pour l'Hyperphagie boulimique (« Binge eating disorder »)

A. Survenue récurrente de crises rie boulimie (« binge eating »). Une crise rie boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart ries gens absorberaient en une période de temps similiaire et dans les mêmes circonstances

(suite)

□ Critères de recherche pour l'Hyperphagie boulimique (« Binge eating disorder ») *(suite)*

(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :

(1) manger beaucoup plus rapidement que la normale
(2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
(3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
(4) manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
(5) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois.

N.-B. : La méthode adoptée pour déterminer la fréquence n'est pas la même que dans la Boulimie (Bulimia nervosa) ; des recherches futures devront permettre de décider si la meilleure méthode pour definir un seuil de fréquence consiste à compter le nombre de jours ou il e a eu boulimie ou bien le nombre de crises de boulimie.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa).

Personnalité dépressive

Caractéristiques

I,a caractéristique essentielle est un mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs apparaissant au début de Page adulte et présents dans divers contextes. Cc tableau ne survient pas exclusivement pendant des Épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique. Les cognitions et les comportements dépressifs englobent des sentiments persistants et envahissants d'abattement, de morosité, d'ennui, de tristesse et d'amertume. Ces sujets sont trop sérieux,

ne parviennent pas à se réjouir ou à se détendre et n'ont aucun sens de l'humour. Ils pensent parfois qu'ils ne méritent pas de s'amuser ou d'être gais. Ils ont tendance à ruminer, à se faire du souci et à ne pas pouvoir se détacher de leurs pensées négatives et tristes. Ces individus voient le futur en termes aussi négatifs que le présent ; ils ne pensent pas que les choses puissent s'améliorer ; ils s'attendent au pire et se targuent d'être réalistes alors que les autres les trouvent pessimistes. Ils peuvent se juger avec sévérité et avoir tendance à se sentir excessivement coupables de leurs erreurs ou de leurs insuffisances. Leur estime d'eux-mêmes est faible et est en grande partie fondée sur un sentiment de ne pas être à la hauteur. Ceux qui présentent ce trouble proposé pour la recherche, ont tendance à juger les autres avec autant de sévérité qu'eux-mêmes. Ils prêtent souvent plus d'attention aux erreurs des autres plutôt qu'à leurs qualités et ils ont souvent une opinion critique, négative et réprobatrice d'autrui.

Caractéristiques associées

Ces sujets sont souvent calmes, introvertis, passifs et ils ne s'affirment pas, préférant suivre plutôt que commander. Ce tableau semble être à peu près aussi fréquent chez la femme que chez l'homme. Ces personnes peuvent être prédisposées à la survenue d'un Trouble dysthymique et peut-être d'un Trouble dépressif majeur. Ces différents tableaux appartiennent peut-être à un même spectre ; la Personnalité dépressive représenterait alors, au sein des Troubles dépressifs, une forme persistante de début précoce et se rapprocherait d'un trait. Des résultats préliminaires suggèrent que la Personnalité dépressive serait plus fréquente chez les parents biologiques des sujets qui ont un Trouble dépressif majeur. Inversement, le Trouble dépressif majeur semble plus fréquent dans les familles des sujets qui présentent une Personnalité dépressive sans toutefois avoir eux-mêmes un Trouble dépressif majeur.

Diagnostic différentiel

Les sujets présentant un tableau qui satisfait ces critères diagnostiques pour la recherche devraient avoir selon le DSM-IV un diagnostic de **Trouble de la personnalité non spécifié.**

L'utilité de distinguer la Personnalité dépressive du **Trouble dysthymique** reste controversée. Les critères pour la recherche proposés pour la Personnalité dépressive diffèrent des critères du Trouble dysthymique par l'accent mis sur les phénomènes cognitifs, relationnels et intrapsychiques. Ce trouble, proposé pour la recherche, ne doit pas être retenu si les symptômes sont mieux expliqués par un Trouble dysthymique ou s'ils surviennent exclusivement pendant des **Épisodes dépressifs majeurs.** La Personnalité dépressive diffère des traits dépressifs dits normaux (p. ex., la tristesse, le pessimisme, la critique de soi-même et une tendance à la culpabilité) par le fait qu'il s'agit d'un mode envahissant qui cause une souffrance marquée ou une altération nette du fonctionnement social ou professionnel. La relation pouvant exister entre ce trouble hypothétique et plusieurs autres propositions contenues dans cette annexe (p. ex., le Trouble dépressif mineur, le Trouble dépressif bref récurrent, le Trouble mixte anxiété-dépression, et le trouble Dysthymique lorsque l'on utilise les critères diagnostiques aussi proposés dans cette annexe) ainsi que le rapport avec d'autres Troubles de la personnalité sont inconnus ; un chevauchement important peut toutefois exister entre ces différentes entités.

Critères de recherche pour la Personnalité dépressive

A. Mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) l'humeur habituelle est avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie
(2) l'image de soi repose sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi-même
(3) est critique envers soi-même, se fait des reproches et se déprécie
(4) propension à ruminer et à se faire du souci
(5) vision négative, critique et réprobatrice d'autrui
(6) pessimisme
(7) tendance à éprouver de la culpabilité ou des remords

B. Ne survient pas exclusivement pendant des Épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique.

Personnalité passive-agressive (Personnalité négativiste)

Caractéristiques

La caractéristique essentielle est un mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate dans divers contextes sociaux et professionnels, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes. Ce tableau ne survient pas exclusivement pendant des Épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique. Ces individus répondent aux exigences qui leur sont faites de fonctionner au niveau attendu par du ressentiment, de l'opposition ou de la résistance. Cette opposition se fait le plus souvent sentir dans des situations professionnelles mais peut aussi exister dans le fonctionnement social. La résistance se traduit par de la procrastination, par des oublis, par de l'entêtement et par une inefficacité volontaire, notamment quand il s'agit de tâches assignées par des personnes en situation d'autorité. Ces sujets entravent les efforts des autres en ne faisant pas leur part de travail. Par exemple, un subordonné qui reçoit de son chef des documents à étudier avant une réunion prévue le lendemain va égarer ou perdre ces documents au lieu de faire remarquer qu'il ne dispose pas du temps suffisant pour accomplir le travail. Ces sujets s'estiment mal récompensés, mal appréciés et mal compris ; ils se plaignent sans arrêt auprès des autres. En cas de difficultés, ils rendent le comportement des autres responsable de leurs propres échecs. Ils peuvent être maussades, irritables, impatients, ergoteurs, cyniques, sceptiques et opposants. Les personnes qui ont l'autorité (p. ex., un supé-

rieur au travail, un enseignant à l'école, un parent ou un conjoint qui assume le rôle d'un parent) deviennent souvent l'objet du mécontentement. En raison de leur négativisme et de leur tendance à rejeter la faute sur l'extérieur, ces sujets expriment souvent leur critique et leur hostilité envers ceux qui détiennent l'autorité à l'occasion de circonstances déclenchantes mineures. Ils éprouvent souvent de l'envie et du ressentiment à l'égard de leurs collègues qui réussissent ou qui sont appréciés par la hiérarchie. Ces sujets se plaignent souvent de leur malchance. Ils ont une vision négative du futur et font des remarques telles que « la bonté n'est pas récompensée » Ou « les bonnes choses ne durent pas ». Ils peuvent osciller entre une attitude de provocation hostile envers ceux qui sont perçus comme étant la cause de leurs difficultés et une position où ils essayent de les fléchir en demandant pardon et en promettant de mieux faire à l'avenir.

Caractéristiques associées

Ces individus sont souvent manifestement ambivalents et hésitent entre des comportements contraires. Ils peuvent suivre une trajectoire irrégulière qui va leur attirer des déceptions et des querelles incessantes avec les autres. Un conflit intense entre la dépendance envers autrui et le désir de s'affirmer est typique chez eux. Leur confiance en eux-mêmes est souvent faible malgré des attitudes superficielles de bravade. Ils s'attendent aux pires résultats dans la plupart des situations, même quand tout va bien. Cette vision défaitiste peut susciter des réponses négatives ou hostiles chez ceux qui doivent écouter leurs plaintes. Ce mode de comportement survient souvent chez des personnes qui présentent des Personnalités borderline, histrioniques, paranoïaques, dépendantes, antisociales et évitantes.

Diagnostic différentiel

Les sujets présentant un tableau qui satisfait ces critères pour la recherche devraient avoir selon le DSM-IV un diagnostic de **Trouble de la personnalité non spécifié.**

Il existe dans le **Trouble oppositionnel avec provocation** un mode similaire d'attitudes négativistes et de difficultés avec les personnes qui ont l'autorité. On porte cependant le diagnostic du Trouble oppositionnel avec provocation chez l'enfant alors que le trouble qui est proposé ici ne doit être envisagé que chez l'adulte. On ne doit pas non plus envisager ce diagnostic si les symptômes sont mieux expliqués par un **Trouble dysthymique ou** s'ils surviennent exclusivement pendant des **Épisodes dépressifs majeurs.** Des comportements passifs-agressifs sont souvent rencontrés dans la vie quotidienne, notamment chez des individus qui sont soumis à l'autorité (p. ex., au travail, clans l'armée, en prison) et qui ne tolèrent pas que d'autres personnes s'affirment. Les traits de personnalité passifs-agressifs ne constituent un trouble que s'ils sont rigides, maladaptés et sources d'une altération du fonctionnement ou d'une souffrance subjective significative.

Critères de recherche pour la Personnalité passive-agressive

A. Mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate, apparaissant au début de l'âge adulte et présent clans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

(1) résiste passivement à l'accomplissement des tâches professionnelles ou sociales habituelles
(2) se plaint de ne pas être compris et apprécié par les autres
(3) est maussade et ergoteur
(4) critique ou méprise sans raison l'autorité
(5) exprime de l'envie et du ressentiment envers ceux qui ont apparemment plus de chance
(7) alterne entre défiance hostile et contrition

B. Ne survient pas exclusivement pendant des Épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique

Troubles des mouvements induits par un médicament

Il est important de tenir compte des Troubles des mouvements que peuvent induire les médicaments que ce soit clans la prise en charge médicamenteuse des troubles mentaux ou des affections médicales générales ou clans le diagnostic différentiel avec les troubles de l'Axe I (p. ex., Trouble anxieux versus Akathisie induite par les neuroleptiques ; catatonie versus syndrome malin des neuroleptiques). Ces complications peuvent nuire à l'observance du traitement et provoquer une altération du fonctionnement psychosocial et professionnel. Les Troubles des mouvements induits par un médicament doivent être codés sur l'Axe I. Bien que ces troubles soient dénommés « Troubles des mouvements induits par un médicament », il est souvent difficile d'établir une relation de cause à effet entre la prise d'un médicament et l'apparition d'un Trouble des mouvements, en particulier parce que certains de ces troubles peuvent survenir en l'absence de toute prise de médicament. Un texte et des critères concernant ces troubles sont proposés afin de faciliter la recherche et de permettre des diagnostics et des traitements appropriés. Les « Troubles des mouvements induits par un médicament » suivants sont inclus clans ce chapitre : Parkinsonisme induit par les neuroleptiques, Syndrome malin des neuroleptiques, Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques, Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques, Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques et Tremblement d'attitude induit par un médicament. Une catégorie Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié est également prévue pour les Troubles des mouvements induits par un médicament qui ne répondent aux critères d'aucun des troubles spécifiques énumérés ci-dessus, par exemple les troubles des mouvements (parkinsonisme, akathisie aiguë) associés à la prise d'un médicament non neuroleptique (p. ex., un inhibiteur de la recapture de la sérotonine).

Le terme **neuroleptique** est largement utilisé dans ce manuel pour désigner des médicaments ayant des propriétés antagonistes de la dopamine. Bien que ce terme soit passé de mode puisqu'il se réfère à la capacité des neuroleptiques à occasionner des mouvements anormaux, le terme de neuroleptique reste approprié. Les nouveaux neuroleptiques causent certes moins de Troubles des mouvements induits par la médication ; toutefois ces syndromes existent encore. Les neuroleptiques englobent donc des agents antipsychotiques qualifiés de conventionnels ou de typiques (p. ex. chlorpromazine, halopéridol, fluphénazine), les nouveaux antipsychotiques « atypiques » (p. ex. clozapine, rispéridone, olanzapine, quetiapine), certains médicaments bloqueurs des récepteurs dopaminergiques utilisés dans le traitement de symptômes physiques comme les nausées (p. ex., prochlorpérazine, prométhazine, triméthobenzamide, métoclopramide) et l'amoxapine, qui est commercialisée comme antidépresseur.

G21.0 [332.1] Parkinsonisme induit par les neuroleptiques

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques est la présence de signes ou de symptômes parkinsoniens (c.-à-d. tremblement, rigidité musculaire ou akinésie) qui apparaissent lors de la prise de médicaments neuroleptiques. Ces symptômes apparaissent généralement au cours des premières semaines après le début ou l'augmentation de closes (l'un médicament neuroleptique ou bien après la réduction de la posologie d'un médicament administré pour traiter ou prévenir des symptômes extrapyramidaux aigus (p. ex., un médicament anticholinergique). Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., catatonie, symptômes négatifs de la Schizophrénie, ralentissement psychomoteur d'un Épisode dépressif majeur) et ne sont pas dus à une affection neurologique ou une autre affection médicale générale (p. ex., maladie de Parkinson idiopathique, maladie de Wilson). La rigidité et l'akinésie sont les manifestations les plus fréquentes, le tremblement étant un peu plus rare. Des signes ou des symptômes parkinsoniens apparaîtraient chez au moins 50 % des malades ambulatoires prenant un traitement neuroleptique au long cours avec les plus anciens produits antipsychotiques conventionnels, à un moment quelconque du traitement. Les taux de Parkinsonisme induit par les neuroleptiques dus aux antipsychotiques atypiques les plus récents sont beaucoup plus bas. Les symptômes peuvent apparaître rapidement après le début ou l'augmentation de close du médicament neuroleptique ou ils peuvent se développer insidieusement. L'évolution la plus typique est l'apparition de symptômes deux à quatre semaines après le début d'un traitement neuroleptique. Les symptômes persistent ensuite sans changement ou ils diminuent progressivement au cours des quelques mois suivants. En général, les symptômes s'atténuent lorsqu'on réduit la dose du médicament neuroleptique (ou qu'on l'arrête), lorsqu'on ajoute un médicament antiparkinsonien ou lorsqu'on remplace le produit par un médicament neuroleptique dont les effets secondaires de ce type sont moindres.

Le *Tremblement parkinsonien* est un mouvement oscillatoire rythmique et régulier (3-6 cycles par seconde) qui est en principe plus lent que (l'autres tremblements et qui apparaît au repos. Il peut être intermittent, unilatéral ou bilatéral, et dépendre de la position du membre (tremblement d'attitude). 11 peut affecter les membres, la tête, les

mâchoires, la bouche, les lèvres (mouvements du museau de lapin) ou la langue. Le tremblement peut disparaître, en particulier lorsque le sujet entreprend un mouvement volontaire avec le membre qui tremble. Les sujets peuvent dire qu'ils « ont la tremblote » et signaler qu'ils tremblent particulièrement lorsqu'ils sont anxieux, stressés ou fatigués.

La rigidité musculaire parkinsonienne est définie comme une dureté et une tension excessives des muscles au repos. Elle peut affecter tous les muscles squelettiques ou ne toucher que certaines régions musculaires. On observe deux types de rigidité : la *rigidité continue (« en tuyau de plomb »)* et *la rigidité de la roue dentée.* La rigidité en tuyau de plomb consiste en ce que les membres ou les articulations opposent une résistance au mouvement et semblent bloqués clans leur position. La rigidité est continue, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de fluctuations d'un moment à l'autre. La rigidité de la roue dentée signifie que lorsque le muscle est tendu autour d'une articulation, on sent une résistance par saccades, comme une roue à crochet, qui interrompt le mouvement régulier de l'articulation. On peut sentir la roue dentée en plaçant la main sur l'articulation soumise à mobilisation. On observe la rigidité de la roue dentée lors du mouvement passif des muscles, surtout aux poignets et aux coudes. Elle a tendance à varier d'intensité. Les sujets ayant une rigidité parkinsonienne peuvent se plaindre d'un engourdissement ou d'une raideur de tous les muscles, de douleurs musculaires ou articulaires, d'avoir mal partout ou d'un manque de coordination quand ils font du sport.

L'Akinésie est un état de réduction de l'activité motrice spontanée. Il y a aussi bien un ralentissement global qu'une lenteur dans l'initiation et la réalisation des mouvements. Les activités quotidiennes normales (p. ex., faire sa toilette) sont réduites. Les sujets se plaignent de se sentir amorphes, de manquer de spontanéité et d'élan ou de dormir trop. La rigidité et l'akinésie parkinsonienne peuvent se manifester soit au niveau de la démarche, soit par une réduction de l'amplitude des pas ou du balancement des membres supérieurs, soit par une réduction globale de la spontanéité dans la marche. Le cou est incliné en avant, les épaules sont voûtées, l'expression du visage est impassible et le sujet fait des petits pas en traînant les pieds. En raison d'une réduction générale de la motricité pharyngée, il peut arriver que les sujets havent, encore que cela soit peut-être plus rare dans les syndromes parkinsoniens en relation avec les neuroleptiques car ceux-ci ont des propriétés anticholinergiques. Des manifestations comportementales subtiles d'akinésie peuvent mimer ou aggraver les symptômes négatifs de la schizophrénie.

Caractéristiques associées

Parmi les symptômes comportementaux associés, peuvent s'observer une dépression et une aggravation des symptômes négatifs de la Schizophrénie. Une écriture petite (micrographie), une diminution du volume de la voix (hypophonie), une instabilité posturale, une réduction du clignement oculaire en réponse à la percussion de la glabelle et de la séborrhée peuvent également se rencontrer. Lorsque les symptômes parkinsoniens sont graves et entraînent une réduction de l'activité motrice, des complications médicales générales peuvent survenir (p. ex., des contractures, des escarres et des embolies pulmonaires). Une diminution du réflexe de déglutition et une dysphagie peuvent comporter un risque vital : elles peuvent être révélées par une pneumopathie de déglutition ou par une perte de poids inexpliquée. Les personnes âgées peuvent

souffrir d'une incontinence urinaire et présenter une fréquence accrue de fractures du col du fémur. Les facteurs de risque du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques sont : des épisodes antérieurs de ce syndrome, un âge avancé, la présence d'un delirium, d'une démence ou d'un trouble amnésique ou bien la présence d'une autre maladie neurologique. Le risque d'apparition d'un Parkinsonisme induit par les neuroleptiques pourrait être également plus important chez l'enfant. En outre, le risque d'apparition d'un Parkinsonisme induit par les neuroleptiques dépend du type de médicament neuroleptique, de la rapidité avec laquelle les doses sont augmentées et de la dose absolue. Le risque est moindre chez les sujets qui prennent un médicament anticholinergique.

Diagnostic différentiel

Chez des sujets traités par les neuroleptiques, il est important de distinguer le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques des autres causes possibles de symptômes parkinsoniens. Le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques doit être distingué **des symptômes parkinsoniens dus à d'autres substances ou médicaments** ou dus à **une affection neurologique ou à une autre affection médicale générale** (p. ex., maladie de Parkinson, maladie de Wilson). Les examens complémentaires peuvent permettre de reconnaître d'autres causes aux symptômes parkinsoniens (p. ex., présence de métaux lourds dans les urines, calcifications des ganglions de la base reflétant une hypercalcémie, taux de céruloplasmine sérique indiquant une maladie de Wilson). Le tremblement dû à d'autres causes de symptômes parkinsoniens, le tremblement familial, le tremblement non-induit par des neuroleptiques et le tremblement du Sevrage d'une substance doivent être distingués du tremblement du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques. Les tremblements non parkinsoniens sont en général plus fins (c'est-à-dire d'une amplitude plus faible), plus rapides (10 cycles par seconde) et ont tendance à augmenter lorsqu'il y a intention de mouvement (p. ex., lorsque le sujet s'apprête à prendre une tasse avec la main). Il s'associe habituellement au tremblement dû au **Sevrage d'une substance,** une hyperréflexie ostéo-tendineuse et des signes neurovégétatifs. Dans **les affections cérébelleuses,** le tremblement s'aggrave lorsqu'il y a intention de mouvement et il peut s'y associer un nystagmus, une ataxie ou une voix scandée. Les mouvements choréiformes en relation avec la **Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques** peuvent ressembler au tremblement parkinsonien ; toutefois, le tremblement parkinsonien s'en distingue par son rythme régulier. Les **accidents vasculaires cérébraux et d'autres lésions localisées du système nerveux central** peuvent être à l'origine de signes neurologiques en foyer et peuvent aussi entraîner une immobilité due à une paralysie plastique ou spastique. Dans le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques en revanche, la force musculaire est normale au début et une fatigue musculaire apparaît plus tard. La rigidité du syndrome parkinsonien doit également être différenciée du phénomène de canif que l'on rencontre dans les lésions pyramidales et dans les comportements oppositionnels.

Peuvent suggérer que des symptômes parkinsoniens ne sont pas dus aux neuroleptiques : des antécédents familiaux d'une affection neurologique transmissible, une évolution rapidement progressive du syndrome parkinsonien qui ne s'explique pas par un changement de traitement récent, la présence de signes neurologiques en foyer non extrapyramidaux (p. ex., des signes frontaux, des anomalies à l'examen des nerfs crâniens ou un signe de Babinski) et la non-réversibilité des signes ou des symptômes

parkinsoniens 3 mois après l'arrêt du traitement neuroleptique (1 an si le neuroleptique était administré en intramusculaire sous la forme d'un neuroleptique d'action prolongée). Dans le **Syndrome malin des neuroleptiques,** il y a à la fois une akinésie et une rigidité marquées mais aussi des anomalies à l'examen physique et aux examens complémentaires (p. ex., une fièvre, une augmentation de la créatine phosphokinase [CPK]).

Il peut être difficile de distinguer les symptômes de certains **troubles mentaux primaires** des perturbations comportementales du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques. Pour établir le diagnostic, il faut souvent faire appel à des sources d'information multiples (p. ex., l'examen physique, l'histoire des traitements médicamenteux, les symptômes psychopathologiques). Il arrive que l'on doive porter un diagnostic provisoire de Parkinsonisme induit par les neuroleptiques et qu'on ne puisse le confirmer qu'en essayant de réduire (ou d'arrêter) le traitement neuroleptique ou bien en donnant un médicament anticholinergique. L'akinésie induite par les neuroleptiques et le **Trouble dépressif majeur** ont de nombreux symptômes communs. Le Trouble dépressif majeur comporte plutôt des signes végétatifs (comme un réveil matinal précoce), l'absence d'espoir et du désespoir alors que l'akinésie s'accompagne plus typiquement d'une apathie. Il peut être particulièrement difficile de distinguer la catatonie associée à une **Schizophrénie, forme catatonique ou les Troubles de l'humeur avec caractéristiques catatoniques** d'une akinésie sévère. De même, **les symptômes négatifs de la schizophrénie** sont-ils difficiles à distinguer de l'akinésie. La rigidité peut s'associer aux **Troubles psychotiques, au delirium, à la démence, aux Troubles anxieux, et au Trouble de conversion.** Lorsque la rigidité est parkinsonienne, on observe toujours une résistance au déplacement passif, qui n'est pas constante en revanche clans les troubles mentaux ou dans d'autres affections neurologiques comportant une rigidité. En outre, la rigidité parkinsonienne s'accompagne généralement d'une constellation de signes et de symptômes, dont une façon de marcher et une expression faciale caractéristiques, de la bave à la commissure des lèvres, une rareté **du** clignement des paupières et d'autres manifestations de bradykinésie.

G21.0 [332.11 Critères de recherche pour le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques

A. Apparition d'au moins l'un des signes ou des symptômes suivants en relation avec la prise d'un médicament neuroleptique :

(1) tremblement parkinsonien (c.-à-d. tremblement de repos simple, rythmé, ayant une fréquence de 3 à 6 cycles par seconde, touchant les membres, la tête, la bouche ou la langue)

(2) rigidité musculaire parkinsonienne (c.-à-d. rigidité de la roue dentée ou bien rigidité continue « en tuyau de plomb »)

(3) akinésie (c.-à-d. diminution de l'expression faciale, des gestes, du discours ou des mouvements spontanés du corps)

(suite)

☐ G21.0 [332.1] Critères de recherche pour le Parkinsonisme induit par les neuroleptiques *(suite)*

B. Les symptômes du CritèreA sont apparus au cours des premières semaines après le début d'un traitement neuroleptique ou l'augmentation de la posologie ou bien après hi réduction d'un médicament administré pour traiter ou prévenir des symptômes extrapyramidaux aigus (p.ex., des produits anticholinergiques).

C. Les symptômes du CritèreA ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p.ex., symptômes catatoniques ou négatifs de la Schizophrénie, ralentissement psychomoteur d'un Épisode dépressif majeur). Pour mettre en évidence que les symptômes sont mieux expliqués par un trouble mental, on peut s'appuyer sur les arguments suivants : antériorité des symptômes par rapport au début de la prise de neuroleptiques, ou bien évolution des symptômes non concordante avec le traitement pharmacologique (p.ex., absence d'amélioration après la réduction de la dose de neuroleptiques ou sous l'effet d'un médicament anticholinergique).

D. Les symptômes du Critère A ne sont pas dus à une substance non neuroleptique, à une affection neurologique ou à une autre affection médicale générale (p. ex., maladie de Parkinson, maladie de Wilson). Pour mettre en évidence que les symptômes sont dus a une affection médicale générale, on peut s'appuyer sur les arguments suivants : antériorité des symptômes par rapport au début de la prise de neuroleptiques, présence de signes neurologiques en foyer inexpliqués, ou aggravation des symptômes alors que le traitement n'est pas modifié.

G21.0 [333.92] Syndrome malin des neuroleptiques

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du syndrome malin des neuroleptiques est l'apparition d'une rigidité musculaire intense et d'une fièvre chez un sujet qui est sous traitement neuroleptique. Il s'y associe au moins deux des symptômes suivants : sueurs profuses, dysphagie, tremblement, incontinence, fluctuations du niveau de conscience allant de la confusion au coma, mutisme, tachycardie, hypertension artérielle ou pression artérielle labile, leucocytose et signes biologiques d'atteinte musculaire (p. ex., élévation de la créatine phosphokinase [CPK]). Ces symptômes ne sont pas dus à une autre substance (p. ex., la phencyclidine) ou à une autre affection neurologique ou médicale générale (p. ex., encéphalite virale) et ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., un Trouble de l'humeur avec des caractéristiques catatoniques). On peut observer aussi une agitation ou des réactions dystoniques aiguës.

L'élévation de la température peut aller d'une fébricule (p. ex., 37,7°C) à des états hyperthermiques sévères (p. ex., 41°C). Il faut éliminer d'autres causes de fièvre, comme une affection médicale générale (p. ex., une infection) ; toutefois, il apparaît souvent chez des sujets présentant un syndrome malin dû aux neuroleptiques d'autres affections médicales qui peuvent augmenter encore la fièvre. La CPK est typiquement élevée mais son taux varie entre des élévations mineures et des augmentations extrêmement importantes (au-delà de 16 000 UI). Il faut noter que des élévations légères ou modérées de la CPK s'observent aussi en cas d'atteinte musculaire due à d'autres causes comme une injection intramusculaire et l'utilisation d'une contention. De même elles ont été signalées chez des sujets présentant des Troubles psychotiques aigus. Le nombre de globules blancs est souvent élevé, habituellement entre 10 000 et 20 000. Une myoglobinurie peut survenir dans des cas graves et annoncer une insuffisance rénale.

Le tableau clinique et l'évolution du syndrome malin des neuroleptiques sont variables. Cette évolution peut être maligne, potentiellement fatale ou bien relativement bénigne et spontanément résolutive. Il n'existe actuellement aucun moyen de prévoir l'évolution du syndrome chez un individu donné. Habituellement, le syndrome malin des neuroleptiques s'installe dans les 4 semaines qui suivent le début d'un traitement neuroleptique, les deux tiers des cas apparaissant au cours de la première semaine. Cependant, le syndrome malin des neuroleptiques survient parfois après plusieurs mois d'un traitement neuroleptique à dose stable. A l'arrêt du traitement neuroleptique, la résolution du Syndrome malin se produit en 2 semaines en moyenne pour les neuroleptiques standard et en 1 mois pour les neuroleptiques d'action prolongée, bien que dans certains cas le syndrome malin persiste bien au-delà de la durée moyenne de 2 semaines. Pour une minorité de sujets, l'issue est fatale. Les taux de mortalité reportés dans la littérature sont de 10 à 20 % mais il est possible qu'un biais de signalement rende ces taux artificiellement élevés. Plus le taux de reconnaissance du syndrome malin des neuroleptiques est élevé, plus les estimations des taux de mortalité sont basses. De rares cas de séquelles neurologiques ont été signalés.

Caractéristiques associées

La plupart des cas rapportés sont survenus chez des sujets présentant une Schizophrénie, un Épisode maniaque ou un Trouble mental dû à une affection médicale générale (p. ex., un delirium ou une démence). Des épisodes antérieurs de Syndrome malin des neuroleptiques, une augmentation rapide des doses et la voie d'administration intramusculaire des neuroleptiques semblent être des facteurs de risque. Un rôle favorisant du carbonate de lithium par rapport à la survenue d'un Syndrome malin des neuroleptiques reste controversé. Le trouble peut apparaître aussi bien lorsque la température ambiante est chaude ou froide mais un environnement chaud et humide pourrait favoriser son apparition. Plusieurs affections médicales générales peuvent venir compliquer le tableau clinique, notamment une pneumonie, une insuffisance rénale, un arrêt cardiaque ou respiratoire, des crises convulsives, une septicémie, une embolie pulmonaire voire une embolie disséminée.

La prévalence de cette affection chez les sujets prenant des neuroleptiques est estimée entre 0,07 % et 1,4 %. Le Syndrome malin des neuroleptiques serait un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. 11 peut survenir à tout âge mais il a été signalé plus souvent chez l'adulte jeune. Des différences dans la définition du

cas, dans les pratiques de prescription des neuroleptiques, dans le plan expérimental des études et dans la démographie des populations dans lesquelles les recherches sont effectuées pourraient expliquer ces variations des taux de prévalence. Le Syndrome malin des neuroleptiques serait plus fréquent avec les médicaments neuroleptiques puissants. Chez certains sujets qui ont présenté *ce* syndrome, il existe un risque accru de non-observance des neuroleptiques. De nombreux sujets ne présentent pas de récidive lorsqu'un traitement neuroleptique est ré-instauré. Une récidive est toutefois possible, en particulier si l'intervalle de temps entre la survenue du Syndrome malin des neuroleptiques et la reprise du traitement neuroleptique est court.

Diagnostic différentiel

Le syndrome malin des neuroleptiques doit être distingué des symptômes d'une **affection neurologique ou d'une autre affection médicale générale.** Une élévation de la température due à une affection médicale générale (p. ex., une infection virale) doit être distinguée d'une élévation de la température en relation avec un Syndrome malin des neuroleptiques. Une fièvre très élevée oriente plutôt vers un Syndrome malin des neuroleptiques, surtout en l'absence d'une affection médicale générale identifiable. De plus, le Syndrome malin des neuroleptiques comporte d'autres symptômes caractéristiques (p. ex., une rigidité musculaire intense). Les affections médicales générales dont le tableau clinique peut ressembler à celui du Syndrome malin des neuroleptiques comprennent les infections du système nerveux central, l'état de mal épileptique, les lésions cérébrales sous-corticales (p. ex., les accidents vasculaires, les traumatismes, les tumeurs malignes) et des affections systémiques (p. ex., la porphyrie aiguë intermittente, le tétanos). Le **coup de chaleur** peut mimer le Syndrome malin des neuroleptiques mais il peut en être distingue par la chaleur et la sécheresse (le la peau (plutôt que des sueurs profuses), par une hypotension (plutôt que des fluctuations ou une élévation de la pression artérielle) et par une flaccidité des membres (plutôt qu'une rigidité). **L'hyperthermie maligne** comporte une fièvre élevée et une rigidité : elle survient en général chez des sujets ayant une prédisposition génétique, à qui ont été administrés des anesthésiques halogènes par inhalation et des myorelaxants induisant une dépolarisation. L'hyperthermie maligne débute **habituellement** quelques minutes après l'anesthésie. Dans la mesure où d'autres affections médicales générales peuvent soit survenir en même temps soit être la conséquence du Syndrome malin des neuroleptiques, il est important de savoir si la fièvre a précédé ou a suivi l'apparition des problèmes médicaux surajoutés. L'arrêt brutal d'un médicament antiparkinsonien chez un sujet atteint d'une **maladie de Parkinson** ou un **traitement qui induit une déplétion en dopamine** (p. ex., réserpine, tétrabenazine) peut provoquer un tableau proche du Syndrome malin des neuroleptiques.

Le Syndrome malin des neuroleptiques doit être distingué des syndromes similaires qui peuvent résulter de la prise **d'autres médicaments psychotropes** (p. ex., les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les associations d'inhibiteurs de la monoamine oxydase et de tricycliques, les associations d'inhibiteurs de la monoamine oxydase et de produits sérotoninergiques, les associations d'inhibiteurs de la monoamine oxydase et (le mépéridine, le lithium à des taux toxiques, le delirium anticholinergique, les amphétamines, la fenfluramine, la cocaïne et la phencyclidine). Ces syndromes peuvent tous comporter une fièvre, une altération (le l'état mental, et des modifications neuro-

végétatives. Dans de tels cas, le diagnostic de **Trouble des mouvements induits par un médicament, non spécifié,** peut être porté.

On peut observer des états catatoniques extrêmes (dits de **catatonie létale)** dans la Schizophrénie ou dans le cadre d'un épisode maniaque en l'absence de traitement neuroleptique. Ces états peuvent mimer le Syndrome malin des neuroleptiques et comporter fièvre, dysfonctionnement neuro-végétatif et anomalies aux examens complémentaires. Si le sujet est sous neuroleptiques, un antécédent d'état catatonique extrême en l'absence de traitement neuroleptique est important pour le diagnostic différentiel. Celui-ci est d'autant plus difficile que les neuroleptiques peuvent aggraver les symptômes d'une catatonie létale.

G21.0 1333.92] Critères de recherche pour le Syndrome malin des neuroleptiques

A. Apparition d'une rigidité musculaire intense et d'une fièvre en relation avec la prise d'un médicament neuroleptique.

B. Deux (ou plus) des symptômes suivants :

(1) sueurs profuses
(2) dysphagie
(3) tremblement
(4) incontinence
(5) fluctuations du niveau de conscience allant de la confusion au coma
(6) mutisme
(7) tachycardie
(8) pression artérielle élevée ou labile
(9) hyperleucocytose
(10) signes biologiques d'atteinte musculaire (p. ex., augmentation de la CPK)

C. Les symptômes des critères A et B ne sont dus ni à une autre substance (p. ex., la phencyclidine) ni à une affection neurologique ni à une autre affection médicale générale (p. ex., une encéphalite virale).

D. Les symptômes des critères A et B ne sont mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., un Trouble de l'humeur avec caractéristiques catatoniques).

G24.0 1333.7] Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques est le maintien de postures anormales ou bien l'existence de spasmes musculaires qui apparaissent en relation avec la prise d'un médicament neuroleptique. Il s'agit de positions anormales de la tête et du cou par rapport au corps (p. ex., rétrocolis, torticolis) ; de spasmes des muscles des mâchoires (trismus, bâillements, grimaces) ; de difficultés de déglutition (dysphagie), d'élocution ou respiratoires (spasmes laryngo-pharyngés potentiellement mortels, dysphonie) ; d'un discours embrouillé ou inarticulé à cause de l'hypertonie de la langue (dysarthrie, macroglossie) ; d'une protrusion ou d'un dysfonctionnement de la langue ; d'une déviation des globes oculaires vers le haut, vers le bas ou latéralement (crise oculogyre) ; ou d'une position anormale de l'extrémité des membres ou du tronc (opisthotonos). L'intensité des symptômes de même que les régions du corps touchées sont très variables. Il existe habituellement une augmentation du tonus des muscles concernés. Les signes ou symptômes apparaissent dans les 7 jours qui suivent le début ou l'augmentation rapide des doses d'un traitement neuroleptique ou bien la réduction d'un médicament prescrit pour traiter ou prévenir des symptômes extrapyramidaux aigus (p. ex., les anticholinergiques). Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., les symptômes catatoniques de la schizophrénie) et ne sont pas dus à une substance non neuroleptique, à une affection neurologique ou à une affection médicale générale.

Caractéristiques associées

L'apparition d'une dystonie aiguë induite par les neuroleptiques s'accompagne fréquemment de peur et d'anxiété, en particulier chez des sujets qui ne sont pas au courant de la possibilité de survenue d'une dystonie et qui la prennent pour un nouveau symptôme de leur trouble mental. Certains sujets ressentent des douleurs ou des crampes dans les muscles qui sont touchés. L'apparition de réactions dystoniques aiguës peut avoir pour conséquence la non-observance du traitement médicamenteux. La Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques survient plus souvent chez l'homme jeune. Parmi les facteurs de risque de la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques figurent les antécédents de réactions dystoniques aux neuroleptiques et l'utilisation de neuroleptiques puissants. Une dystonie aiguë induite par les neuroleptiques est nettement moins susceptible de survenir avec les produits neuroleptiques atypiques (c.-à-d. moins de 5 % des sujets traités).

Diagnostic différentiel

Il est important de distinguer la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques des autres causes de dystonie chez des sujets qui prennent des neuroleptiques. Les arguments en faveur d'une **affection neurologique** ou d'une **autre affection médicale générale** sont notamment l'évolution (p. ex., l'apparition des symptômes avant la prise de neuroleptiques ou l'aggravation en l'absence de changement rie traitement) et la

présence de signes neurologiques en foyer. **Les dystonies spontanées focales ou segmentaires** durent en général plusieurs jours ou plusieurs semaines et sont indépendantes d'un traitement. D'autres affections neurologiques (p. ex., les crises (l'épilepsie temporale, les infections virales et bactériennes, les traumatismes ou les lésions expansives (lu système nerveux périphérique ou central) et des endocrinopathies (p. ex., l'hypoparathyroïdie) peuvent également entraîner des symptômes (p. ex., une tétanie) qui ressemblent à la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques.

Le Syndrome malin des neuroleptiques peut être à l'origine d'une dystonie mais il en diffère par la présence d'une fièvre et d'une rigidité généralisée. La Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques doit être distinguée de la **dystonie due à une médication non neuroleptique** (p. ex., les anticonvulsivants comme la phénytoïne et la carbamazépine). Dans de tels cas, le diagnostic de **Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié** peut être porté.

La catatonie associée à un Trouble de l'humeur ou à la Schizophrénie peut être différenciée par l'existence d'une relation chronologique entre les symptômes et la prise de neuroleptiques (p. ex., l'apparition de la dystonie avant la prise de neuroleptiques) et la réponse à un traitement pharmacologique (p. ex., l'absence d'amélioration après réduction des neuroleptiques ou administration d'anticholinergiques). De plus, les sujets qui ont une Dystonie aiguë induite par un neuroleptique sont en général inquiets et ils demandent habituellement un traitement. En revanche, les individus ayant une catatonie typique sont muets, en retrait et ils n'expriment pas de souffrance subjective par rapport à leur état.

G24.0 1333.71 Critères de recherche pour la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques

A. Apparition de l'un (ou plus) des signes ou symptômes suivants en relation avec la prise d'un médicament neuroleptique :

(1) position anormale de la tête et du cou par rapport au corps (p. ex., rétrocolis, torticolis)
(2) spasmes des muscles des mâchoires (trismus, bâillement, grimaces)
(3) difficultés de déglutition (dysphagie), d'élocution ou respiratoires (spasme laryngo-pharyngé, dysphonie)
(4) discours embrouillé ou inarticulé à cause de l'hypertonie ou de l'épaississement de la langue (dysarthrie, macroglossie)
(5) protrusion ou dysfonctionnement de la langue
(6) déviation des globes oculaires vers le haut, vers le bas ou latéralement (crise oculogyre)
(7) position anormale de l'extrémité des membres ou du tronc

(suite)

❑ **G24.0 [333.71 Critères de recherche pour la Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques** *(suite)*

B. Les signes ou les symptômes du Critère A apparaissent dans les 7 jours qui suivent le début ou l'augmentation rapide des doses d'un traitement neuroleptique ou bien la réduction d'un médicament pris pour traiter (ou prévenir) des symptômes extrapyramidaux aigus (p.ex., les anticholinergiques).

C. Les symptômes du Critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p.ex., les symptômes catatoniques de la Schizophrénie). Des arguments en faveur de la responsabilité d'un trouble mental pourraient être les suivants : les symptômes ont précédé la prise de neuroleptiques ou bien ne sont pas compatibles avec le traitement pharmacologique (p. ex., l'absence d'amélioration après réduction des neuroleptiques ou administration d'anticholinergiques).

D. Les symptômes du Critère A ne sont pas dus à une substance non neuroleptique ou bien à une affection neurologique ou à une autre affection médicale générale. Les arguments en faveur d'une affection médicale générale pourraient être l'apparition des symptômes avant la prise du neuroleptique, la présence de signes neurologiques en foyer inexpliqués ou l'aggravation de symptômes en l'absence de changement de traitement.

G21.1 [333.991 Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques

Caractéristiques associées

Les caractéristiques essentielles de l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques sont des plaintes subjectives d'impatience et l'un au moins des mouvements observés suivants : mouvements d'impatience ou balancement des jambes en position assise, balancement d'un pied sur l'autre ou piétinement en position debout, besoin de marcher pour soulager l'impatience ou bien incapacité à rester assis ou debout sans bouger pendant plusieurs minutes. Dans la forme la plus sévère, le sujet peut être incapable de maintenir n'importe quelle position plus de quelques secondes. Les plaintes subjectives comportent une impression d'agitation intérieure, le plus souvent dans les jambes ; une compulsion à remuer les jambes ; une souffrance si l'on demande au sujet de ne pas remuer ses jambes, de la dysphorie et de l'anxiété. Typiquement, les symptômes surviennent dans les 4 semaines qui suivent le début ou l'augmentation des doses d'un traitement neuroleptique et ils peuvent quelquefois faire suite à la réduction d'un médicament pris pour traiter ou prévenir des symptômes extrapyramidaux aigus

(p. ex., des anticholinergiques). Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., Schizophrénie, Sevrage d'une substance, agitation d'un Épisode dépressif majeur ou maniaque, hyperactivité d'un Déficit de l'attention/hyperactivité) et ne sont pas dus à une substance non neuroleptique ou à une affection neurologique ou une autre affection médicale générale (p. ex., maladie de Parkinson, anémie ferriprive).

Caractéristiques et troubles associés

La souffrance provoquée par l'Akathisie est importante et peut être à l'origine d'une non-observance du traitement neuroleptique. L'akathisie peut être associée à de la dysphorie, à de l'irritabilité, à de l'agressivité ou à des tentatives de suicide. L'aggravation des symptômes psychotiques ou des troubles du comportement peut conduire à augmenter la dose de neuroleptiques, ce qui majore l'akathisie. L'apparition de l'akathisie peut être très rapide après le début ou l'augmentation des closes d'un traitement neuroleptique. Elle semble dose-dépendante et surviendrait plus fréquemment avec certains neuroleptiques. L'akathisie aiguë tend à persister aussi longtemps que le traitement neuroleptique est poursuivi, bien que son intensité puisse varier avec le temps. Les taux de prévalence de l'akathisie rapportés chez des sujets sous neuroleptiques sont extrêmement variables (20 %-75 %). Bien que les neuroleptiques atypiques soient moins susceptibles d'occasionner une akathisie que les neuroleptiques typiques, il n'en reste pas moins que ces produits peuvent être responsables d'akathisie chez certaines personnes. Des différences clans la définition du cas, clans les pratiques de prescription des neuroleptiques, clans le plan expérimental des études épidémiologiques et dans la démographie des populations dans lesquelles les recherches sont effectuées pourraient expliquer ces variations des taux de prévalence.

Diagnostic différentiel

Il est parfois impossible de distinguer cliniquement l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques des syndromes d'agitation dus à certaines affections neurologiques ou à d'autres affections médicales générales, à des substances non neuroleptiques et des agitations entrant clans le cadre d'un trouble mental (p. ex., un Épisode maniaque). Sur le plan séméiologique, l'akathisie de **la maladie de Parkinson** et de l'**Anémie ferriprive** est semblable à l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques. C'est l'apparition souvent brutale de l'agitation peu après le début ou l'augmentation d'un traitement neuroleptique qui permet en général de reconnaître l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques.

Les médicaments antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine peuvent entraîner une akathisie qui paraît identique eu égard à sa séméiologie et à sa réponse au traitement, à l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques. L'Akathisie due aux médicaments non neuroleptiques peut être diagnostiquée comme **Trouble des mouvements induits par un médicament, non spécifié.** Les autres situations cliniques où le diagnostic de Troubles des mouvements induits par un médicament, non spécifié est justifié, seraient notamment une akathisie aiguë qui comporterait seulement des symptômes subjectifs ou seulement des signes objectifs mais pas les cieux réunis ou une akathisie de survenue tardive par rapport au début du traitement (p. ex., 6 mois après le début ou l'augmentation de close d'un traitement neuroleptique). La **Dyskinésie tardive induite par les**

neuroleptiques peut également comporter une agitation généralisée qui peut exister conjointement à l'akathisie chez un sujet sous neuroleptiques. L'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques et la Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques se distinguent par la nature des mouvements anormaux et leur relation temporelle au début du traitement. L'évolution des symptômes dans le temps par rapport aux modifications des doses de neuroleptiques peut aider à faire la différence. Une augmentation de la dose de neuroleptiques majore fréquemment l'Akathisie, alors qu'elle permet souvent une réduction temporaire des symptômes de Dyskinésie tardive.

L'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques doit être distinguée des symptômes qui sont mieux expliqués par un trouble mental. Dans les **Épisodes dépressifs, les Épisodes maniaques, l'Anxiété généralisée, la Schizophrénie et les autres Troubles psychotiques, la démence, le delirium, l'Intoxication par une substance** (p. ex., la cocaïne) ou le **Sevrage à une substance** (p. ex., un opiacé), le **Déficit de l'attention/hyperactivité,** il peut exister une agitation qui est difficile à distinguer de l'Akathisie. Certains sujets peuvent faire eux-mêmes la différence entre l'akathisie et l'anxiété, l'impatience et l'agitation caractéristiques d'un trouble mental par l'expérience qu'ils en ont déjà eue. D'autres arguments pour penser que l'impatience ou l'agitation est mieux expliquée par un trouble mental sont la survenue de l'agitation avant la prise de neuroleptiques, l'absence d'aggravation de l'impatience avec l'augmentation des neuroleptiques et l'absence d'amélioration sous traitement pharmacologique (p. ex., la réduction de la dose de neuroleptique ou l'administration d'un médicament pouvant traiter l'Akathisie n'entraîne pas d'amélioration).

G21.1 [333.99] Critères de recherche pour l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques

A. Apparition de plaintes subjectives d'impatience après la prise (l'un médicament neuroleptique

B. Au moins l'un des symptômes suivants est observé :

(1) mouvements d'impatience ou balancement des jambes
(2) balancement d'un pied sur l'autre en position debout
(3) besoin de marcher pour soulager l'impatience
(4) incapacité à rester assis ou debout sans bouger au-delà de quelques minutes

C. Les symptômes des critères A et B surviennent clans les 4 semaines qui suivent le début ou l'augmentation des doses d'un traitement neuroleptique ou bien la réduction d'un traitement médicamenteux visant à traiter (ou à prévenir) des symptômes extrapyramidaux aigus (p. ex., les anticholinergiques).

(suite)

☐ **G21.1 [333.991 Critères de recherche pour l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques** *(suite)*

D. Les symptômes du Critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental (p. ex., la Schizophrénie, le Sevrage à une substance, l'agitation d'un Épisode dépressif majeur ou d'un Épisode maniaque, l'hyperactivité d'un Déficit de l'attention/hyperactivité). Les arguments en faveur d'un trouble mental sont notamment la survenue de symptômes avant la prise de neuroleptiques, l'absence d'amélioration sous traitement pharmacologique (p. ex., la réduction de la dose de neuroleptiques ou l'administration d'un médicament visant à traiter l'Akathisie n'entraîne pas d'amélioration).

E. Les symptômes du Critère A ne sont pas dus à une substance non neuroleptique ou à une affection neurologique ou à une autre affection médicale générale. Les arguments en faveur d'une affection médicale générale sont notamment la survenue des symptômes avant la prise de neuroleptiques ou l'aggravation des symptômes en l'absence de changement du traitement médicamenteux.

G24.0 [333.821 Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles de la Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques sont des mouvements anormaux, involontaires, de la langue, de la mâchoire, du tronc ou des extrémités dont l'apparition est en relation avec la prise de médicaments neuroleptiques. Ces mouvements sont présents sur une période d'au moins 4 semaines ; ils peuvent être choréiformes (rapides, saccadés, non répétitifs), athétosiques (lents, sinueux, continus) ou rythmiques (p. ex., des stéréotypies). Les signes ou les symptômes apparaissent pendant un traitement neuroleptique ou dans les 4 semaines qui suivent l'arrêt d'un traitement neuroleptique par voie orale (8 semaines pour un neuroleptique d'action prolongée). Le traitement neuroleptique doit avoir été pris pendant au moins 3 mois (ou 1 mois chez les sujets de 60 ans ou plus). Bien qu'un grand nombre d'études épidémiologiques aient établi l'existence d'une relation étiologique entre la prise de neuroleptiques et la Dyskinésie tardive, toute dyskinésie chez un sujet sous neuroleptiques n'est pas nécessairement une Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques. Les mouvements anormaux ne doivent pas être dus à une affection neurologique ou une autre affection médicale générale (p. ex., maladie de Huntington, chorée de Sydenham, dyskinésie spontanée, hyperthyroïdie, maladie de Wilson), à un dentier mal adapté ou à la prise d'autres médicaments susceptibles (l'entraîner une Dyskinésie réversible aiguë (p. ex., la L-Dopa, la bromocriptine). Les mouvements

anormaux ne doivent pas non plus pouvoir être mieux expliqués par un Trouble aigu des mouvements induits par les neuroleptiques (p. ex., Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques, Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques).

Plus des trois quarts des sujets ayant une Dyskinésie tardive ont des mouvements anormaux orofaciaux : environ 50 % ont des mouvements anormaux des membres et près d'un quart ont une Dyskinésie axiale du tronc. Les trois régions sont touchées à la fois approximativement chez 10 % des sujets. D'autres groupes musculaires peuvent être affectés (p. ex., pharyngés, abdominaux) mais cela est rare, surtout en l'absence de dyskinésie de la région orofaciale, des membres ou du tronc. La dyskinésie des membres ou du tronc sans manifestations orofaciales est plus répandue chez les sujets jeunes, alors que les dyskinésies orofaciales sont typiques des personnes âgées.

Caractéristiques associées

Les symptômes de la Dyskinésie tardive ont tendance à être aggravés par les stimulants, par l'arrêt des neuroleptiques et par les médicaments anticholinergiques ; ils peuvent être transitoirement majorés par les émotions, le stress et au cours rie mouvements volontaires de régions du corps qui ne sont pas touchées par la dyskinésie. Les mouvements anormaux de la dyskinésie sont diminués transitoirement par la relaxation et par les mouvements volontaires des parties du corps qui sont affectées par la dyskinésie. La dyskinésie disparaît en général pendant le sommeil. Elle peut être supprimée, au moins transitoirement, par l'augmentation de la close des neuroleptiques ou des sédatifs.

La prévalence générale de la Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques chez les sujets qui ont reçu un traitement neuroleptique prolongé varie de 20 à 30 %. L'incidence générale chez les sujets jeunes varie de 3 à 5 % par an. La Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques paraît plus fréquente chez les personnes d'âge moyen et chez les sujets âgés, avec des taux rie prévalence allant jusqu'à 50 % et une incidence de 25 à 30 % après une moyenne d'une année de prise cumulative de neuroleptique. Les variations dans les taux de prévalence rapportés peuvent être dues à un manque de rigueur dans la définition d'un cas, à la diversité des pratiques de prescription des neuroleptiques, aux plans expérimentaux des études et la démographie de la population étudiée.

Il n'existe pas de différence manifeste selon le sexe en ce qui concerne la susceptibilité à la Dyskinésie tardive. Cependant, le risque est peut-être majoré chez la femme ménopausée. Les deux facteurs de risque les plus importants pour la dyskinésie tardive sont les quantités cumulées de neuroleptiques typiques administrées et le développement précoce d'effets secondaires de type extrapyramidal. Les troubles rie l'humeur (particulièrement le Trouble dépressif majeur), les affections neurologiques et la Dépendance à l'alcool ont aussi été identifiés comme facteurs rie risque dans certains groupes de sujets. Il existe de plus en plus d'arguments pour affirmer que les neuroleptiques atypiques les plus récents entraînent beaucoup moins de dyskinésies tardives que les neuroleptiques typiques.

Le début de la dyskinésie peut survenir à tout âge et il est presque toujours insidieux. Typiquement, les signes sont minimes ou légers au commencement et seul un observateur perspicace les remarque. Dans la majorité des cas, la Dyskinésie tardive est d'une intensité légère et elle constitue principalement un problème esthétique. Dans certains cas graves toutefois, des complications médicales générales peuvent exister

(p. ex., ulcérations des joues et de la langue ; perte des dents ; macroglossie ; difficulté à marcher, à déglutir ou à respirer ; voix étouffée ; perte de poids ; dépression ; idéation suicidaire). Si le sujet ne prend plus de neuroleptiques, la Dyskinésie tardive connaît une rémission, dans les 3 mois dans un tiers des cas, et dans les 12 à 18 mois dans plus de 50 % des cas, bien que ces pourcentages soient plus bas chez les personnes âgées. Lorsque des sujets sous neuroleptiques sont évalués régulièrement, la Dyskinésie tardive se montre stable chez la moitié d'entre eux, s'aggrave chez un quart et s'améliore dans la population restante. En général, la Dyskinésie tardive tend à s'améliorer plus facilement chez les sujets jeunes ; chez les personnes âgées elle risque de devenir plus sévère ou plus étendue si le traitement neuroleptique est maintenu. Lorsque les neuroleptiques sont arrêtés, on estime qu'une rémission survient dans 5 à 40 % de tous les cas et dans 50 à 90 % des cas légers.

Diagnostic différentiel

La Dyskinésie qui apparaît à l'arrêt d'un traitement neuroleptique peut connaître une rémission si les neuroleptiques ne sont pas repris. Si la dyskinésie persiste au moins pendant 4 semaines, un diagnostic de Dyskinésie tardive peut être justifié. La Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques doit être distinguée des autres causes de dyskinésie orofaciale et du corps. Celles-ci comportent **la maladie de Huntington ; la maladie de Wilson ; la Chorée de Sydenham ; le lupus érythémateux disséminé ; la thyréotoxicose ; l'empoisonnement par les métaux lourds ; les dentiers mal adaptés ; la Dyskinésie due à d'autres médicaments comme la L-Dopa, la bromocriptine ou l'amantadine ; les dyskinésies spontanées.** La survenue des symptômes de dyskinésie avant la prise de neuroleptiques ou la présence de signes neurologiques en foyer peut aider à faire le diagnostic. Il faut noter que d'autres mouvements anormaux peuvent exister conjointement à la Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques. Comme une dyskinésie spontanée peut apparaître chez plus de 5 % des sujets et qu'elle est également plus fréquente chez les personnes âgées, il peut être difficile de prouver que la Dyskinésie tardive est due aux neuroleptiques chez un individu donné. La Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques doit être distinguée (p. ex., **Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques ou Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques). la** Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques et l'Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques apparaissent respectivement dans les 7 jours et dans les 4 semaines qui suivent le début ou l'augmentation de dose d'un traitement neuroleptique (ou la réduction de dose d'un médicament visant à traiter les symptômes extrapyramidaux aigus). La Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques, en revanche, apparaît pendant un traitement neuroleptique (ou lors de son arrêt) chez des sujets ayant pris des neuroleptiques pendant au moins 3 mois (ou 1 mois chez les personnes d'âge moyen et chez les sujets âgés).

G24.0 [333.821 Critères de recherche pour la Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques

A. Mouvements involontaires de la langue, de la mâchoire, du tronc ou des extrémités dont l'apparition est en relation avec la prise de médicaments neuroleptiques.

B. Les mouvements involontaires sont présents sur une période d'au moins 4 semaines et ils peuvent prendre les aspects suivants :

(1) mouvements choréiformes (c.-à-d. rapides, saccadés, non répétitifs)
(2) mouvements athétosiques (c.-à-d. lents, sinueux, continus)
(3) mouvements rythmiques (c.-à-d. des stéréotypies).

C. Les signes ou les symptômes des critères A et B apparaissent pendant un traitement neuroleptique ou dans les 4 semaines qui suivent l'arrêt d'un traitement neuroleptique par voie orale (8 semaines pour un neuroleptique d'action prolongée).

D. Le neuroleptique a été pris pendant au moins 3 mois (1 mois chez des sujets de 60 ans ou plus).

E. Les symptômes ne sont pas dus à une affection neurologique ou à une autre affection médicale générale (p. ex., maladie de Huntington, chorée de Sydenham, dyskinésie spontanée, hyperthyroïdie, maladie de Wilson), à un dentier mal adapté ou à la prise d'autres médicaments susceptibles d'entraîner une dyskinésie réversible aiguë (p. ex., L-Dopa, bromocriptine). Des arguments en faveur des étiologies précédentes sont la survenue des symptômes avant la prise de neuroleptiques ou bien la présence de signes neurologiques en foyer inexpliqués.

F. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble aigu des mouvements induit par les neuroleptiques (p. ex., Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques, Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques).

G25.1 [331.11 Tremblement d'attitude induit par un médicament

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du Tremblement d'attitude induit par un médicament est un tremblement postural fin dont l'apparition est en relation avec la prise d'un médicament. Les médicaments avec lesquels un tel tremblement peut être associé sont

notamment le lithium, les médicaments béta-adrénergiques (p. ex., l'isoprotérénol), les stimulants (p. ex., les amphétamines), les médicaments dopaminergiques, les médicaments anticonvulsivants (p. ex., l'acide valproïque), les médicaments neuroleptiques, les médicaments antidépresseurs et les méthylxanthines (p. ex., la caféine, la théophylline). Le tremblement est une oscillation rythmique et régulière des membres (le plus souvent les mains et les doigts), de la tête, de la bouche ou de la langue, dont la fréquence est de 8 à 12 cycles par seconde. Il est plus facile à observer lorsque la partie du corps concernée est maintenue dans une certaine position (p. ex., les mains en hyperextension, la bouche ouverte). Lorsqu'un sujet décrit un tremblement qui possède ces caractéristiques mais que le clinicien ne l'observe pas directement, il peut être utile de tenter de recréer la situation dans laquelle ce tremblement s'est produit (p. ex., en buvant dans une tasse posée sur une soucoupe). Les symptômes ne sont pas dus à un tremblement d'origine non pharmacologique préexistant et ne sont pas mieux expliqués par un Parkinsonisme induit par les neuroleptiques.

Caractéristiques associées

La plupart des informations dont on dispose concernent le tremblement induit par le lithium. Celui-ci est un effet secondaire fréquent, habituellement bénin et bien toléré du lithium à doses thérapeutiques. Cependant, il peut entraîner un inconfort social, des difficultés professionnelles et être à l'origine d'une non-observance chez certains sujets. Lorsque la lithiémie se rapproche de la zone de toxicité, le tremblement peut devenir plus grossier et s'accompagner de contractions musculaires, de fasciculations ou d'ataxie. Le tremblement du lithium à closes thérapeutiques peut s'améliorer spontanément avec le temps. De nombreux facteurs peuvent augmenter le risque de tremblement sous lithium (p. ex., l'âge, des lithiémies élevées, l'association à un antidépresseur ou à un neuroleptique, une absorption excessive de caféine, des antécédents personnels ou familiaux de tremblement, une Dépendance à l'alcool et une anxiété associée). Les sujets semblent se plaindre de moins en moins du tremblement au fur et à mesure que le tremblement est plus ancien. Le tremblement peut être augmenté par l'anxiété, le stress, la fatigue, l'hypoglycémie, une thyréotoxicose, un phéochromocytome, une hypothermie et un Sevrage alcoolique.

Diagnostic différentiel

Le tremblement d'attitude induit par un médicament doit être distingué d'un **tremblement préexistant** qui ne serait pas dû aux effets d'un médicament. L'apparition du tremblement avant le début du traitement médicamenteux, l'absence de corrélation avec le taux sanguin du produit et la persistance du tremblement après l'arrêt du médicament peuvent aider à établir que le tremblement préexistait. Un tremblement préexistant, qui ne serait pas dû à un médicament, mais qui s'aggraverait avec la prise d'un médicament ne répond pas aux critères du Tremblement d'attitude induit par un médicament. Il devrait être codé **Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié.** Les facteurs qui ont été cités plus haut parce qu'ils peuvent contribuer à augmenter l'intensité d'un Tremblement d'attitude induit par un médicament (p. ex., l'anxiété, le stress, la fatigue, l'hypoglycémie, la thyréotoxicose, le phéochromocytome, l'hypothermie et le Sevrage alcoolique) peuvent aussi être à l'origine d'un tremblement en dehors de toute prise médicamenteuse.

On ne fait pas un diagnostic de Tremblement d'attitude induit par un médicament si le tremblement peut être attribué à un **Parkinsonisme induit par les neuroleptiques.** Un tremblement induit par un médicament est habituellement absent au repos et il augmente lorsque la partie du corps concernée est mise en mouvement ou est maintenue clans une certaine position. Le tremblement du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques se différencie par une fréquence plus basse, une aggravation au repos, sa disparition lors du mouvement volontaire et son association habituelle avec d'autres symptômes du Parkinsonisme induit par les neuroleptiques (p. ex., l'akinésie, la rigidité).

G25.1 1333.11 Critères de recherche du tremblement d'attitude induit par un médicament

A. Apparition d'un tremblement d'attitude fin en relation avec la prise d'un médicament (p. ex., le lithium, un médicament antidépresseur, l'acide valproïque).

B. Le tremblement (c.-à-d. une oscillation rythmique et régulière des membres, de la tête, de la bouche ou de la langue) a une fréquence comprise entre 8 et 12 cycles par seconde.

C. Les symptômes ne sont pas dus à un tremblement préexistant non induit par des médicaments. Les arguments en faveur d'un tremblement préexistant seraient l'apparition du tremblement avant l'introduction du médicament, l'absence de corrélation entre le tremblement et le taux sérique du produit et la persistance du tremblement après l'arrêt du médicament.

D. Les symptômes ne sont pas dus à un Syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques.

G25.9 [333.90] Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié

Cette catégorie s'applique à des Troubles des mouvements induits par un médicament qui ne répondent aux critères d'aucun des troubles spécifiques décrits plus haut. Exemples : 1) un syndrome parkinsonien, une akathisie aiguë, une dystonie aiguë ou une dyskinésie qui seraient en relation avec un médicament non neuroleptique ; *2)* un tableau clinique ressemblant à celui du Syndrome malin des neuroleptiques qui serait en relation avec un médicament non neuroleptique ; 3) une dystonie tardive.

Propositions d'Axes demandant des études complémentaires

Échelle de fonctionnement défensif

Les *mécanismes de défense* (ou styles de *coping*[1]) sont des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. Les individus n'ont généralement pas conscience de ces processus lorsqu'ils sont à l'oeuvre. Les mécanismes de défense opèrent une médiation entre la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et les facteurs de stress internes et externes. Les mécanismes de défense sont divisés conceptuellement et empiriquement en différents groupes qui se rapportent aux *Niveaux de fonctionnement défensif.*

Pour utiliser l'Échelle de fonctionnement défensif, le clinicien doit tout d'abord établir la liste de sept mécanismes de défense spécifiques ou de styles de coping relevés chez l'individu (en commençant par le plus marqué) puis indiquer le niveau défensif prédominant. Ceci doit refléter les défenses ou styles (le coping que l'individu utilise au moment de l'évaluation tout en s'appuyant sur les données de la période récente précédant l'évaluation.

L'Axe (le fonctionnement défensif est présenté d'abord, suivi de la fiche d'évaluation. Le reste de cette section comprend une liste de définitions des mécanismes de défense spécifiques et des styles de coping.

Niveaux de fonctionnement défensif et mécanismes de défense individuels

Niveau adaptatif élevé. Ce niveau de fonctionnement assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Les défenses habituellement impliquées accroissent la gratification et autorisent la perception consciente des sentiments, des idées, ainsi que leurs conséquences. Elles réalisent ainsi un équilibre optimal entre les différents motifs conflictuels. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- l'anticipation
- la capacité de recours à autrui [2]
- l'altruisme
- l'humour
- l'affirmation de soi
- l'auto-observation
- la sublimation
- la répression

1. : **Coping* : *to cope* = faire face. Ce terme n'est généralement pas traduit dans les ouvrages de langue française traitant des thérapies comportementales et cognitives. I. Paulhan et M. Bourgeois ont proposé l'expression : stratégies d'ajustement. In *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement l'adversité »*, PUF, Coll. Nodules, Paris, 1995.

2. Angl. Affiliation (N.d.T.).

Niveau des inhibitions mentales (formations de compromis). Le fonctionnement défensif à ce niveau a pour objet de maintenir en dehors de la conscience les idées, sentiments, souvenirs, désirs ou peurs susceptibles de représenter une menace potentielle. Les exemples de défenses présentées à ce niveau sont :

- le déplacement
- la dissociation
- l'intellectualisation
- l'isolation de l'affect
- la formation réactionnelle
- le refoulement
- l'annulation

Niveau mineur de distorsion de l'image. Ce niveau de fonctionnement défensif est caractérisé par des distorsions mineures de l'image de soi, du corps ou des autres afin de réguler l'estime de soi. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- la dépréciation
- l'idéalisation
- l'omnipotence

Niveau du désaveu. Ce niveau est caractérisé par le maintien en dehors de la conscience des facteurs de stress, des impulsions, des idées, des affects ou des sentiments de responsabilité déplaisants Ou inacceptables, qu'ils fassent ou non référence à des causes externes. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- le déni
- la projection
- la rationalisation

Niveau majeur de distorsion de l'image. Ce niveau est caractérisé par une distorsion ou une perturbation majeure de la référence à l'image (le soi ou des autres. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- la rêverie autistique
- l'identification projective
- le clivage de l'image de soi ou des autres

Niveau de l'agir. Ce niveau est caractérisé par un fonctionnement défensif qui répond aux facteurs de stress internes ou externes par l'agir ou le retrait. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- le passage à l'acte
- le retrait apathique
- la plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide
- l'agression passive

Niveau de dysrégulation défensive. Ce niveau est caractérisé par l'échec de la régulation défensive à contenir les réactions de l'individu aux facteurs de stress ce qui conduit à une rupture marquée avec la réalité objective. Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- la projection délirante
- le déni psychotique
- la distorsion psychotique

Fiche d'évaluation : Échelle du fonctionnement défensif

A. Mécanismes de défense ou styles de coping habituellement utilisés : Établir la liste dans l'ordre en commençant par le mécanisme de défense ou le style de coping prédominant.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

B. Niveau de fonctionnement défensif actuel prédominant _____

Exemple

Axe I	296.32	Épisode dépressif majeur, récurrent
	305.40	Abus de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
Axe II	301.83	Personnalité borderline
		Traits de Personnalité antisociale
Axe III	881.02	Lacérations des poignets
Axe IV		Arrestation récente
		Expulsion du domicile parental

Axe V EGF = 45 (actuel)

Fiche d'évaluation : Échelle de fonctionnement défensif

A. Mécanismes de défense ou styles de coping habituellement utilisés

1. Clivage
2. Identification projective
3. Passage à l'acte
4. Dépréciation
5. Omnipotence
6. Déni
7. Projection

B. Niveau de fonctionnement défensif actuel prédominant : niveau majeur de distorsion de l'image

Glossaire des mécanismes de défense et des styles de coping spécifiques

Agression passive. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une agression envers autrui exprimée de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion apparente voile la résistance, le ressentiment ou l'hostilité. L'agression passive vient souvent en réponse à une exigence par autrui d'action ou de performance ou par manque de gratification de ses propres désirs. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des personnes occupant une position de subordonné qui ne peuvent s'affirmer ouvertement par d'autres moyens.

Altruisme. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se consacrant à répondre aux besoins des autres. A la différence du sacrifice de soi qui est parfois la caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications, que ce soit directement des autres ou par procuration.

Annulation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en utilisant des mots ou des comportements visant à nier ou à corriger symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables.

Anticipation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant l'expérience des réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un événement futur potentiel ou encore en envisageant de manière réaliste réponses ou solutions alternatives.

Auto-affirmation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en exprimant directement ses pensées et ses sentiments de manière non coercitive ou manipulatrice.

Auto-observation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une réflexion sur ses propres pensées, sentiments, motivation et comportement et par des réponses appropriées.

Capacité de recours à autrui'. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se tournant vers les autres pour rechercher de l'aide ou un soutien. Cela suppose un partage des problèmes avec autrui mais n'implique pas de tenir autrui pour responsable de ses problèmes.

Clivage. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en compartimentant des états affectifs opposés et en échouant à intégrer ses propres qualités et défauts et ceux des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant pas être éprouvés simultané-

ment, des perceptions et des attentes plus nuancées de soi ou des autres sont exclues du champ des émotions conscientes. Le soi et les images objectales tendent à alterner entre des positions opposées : être exclusivement aimant, puissant, digne, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant ou sans valeur.

Déni. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se refusant à reconnaître comme réels certains aspects extérieurs douloureux ou certaines expériences subjectives douloureuses pourtant apparentes pour autrui. On utilise le terme de *déni psychotique* lorsqu'il existe une altération majeure de l'appréciation de la réalité.

Dépréciation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant ou en attribuant à autrui — des défauts exagérés.

Dissociation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur.

Formation réactionnelle. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant à un comportement, à des pensées ou à des sentiments personnels inacceptables, d'autres qui leur sont diamétralement opposés (ce mécanisme est généralement associé à celui du refoulement).

Humour. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress.

Idéalisation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant ou en attribuant à autrui — des qualités exagérées.

Identification projective. Mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, la personne ne désavoue pas totalement ce qui est projeté. Elle reste consciente de ses propres affects ou impulsions mais elle les attribue à tort à autrui en tant que réaction légitime. Il n'est pas rare que la personne induise véritablement chez l'autre les sentiments qu'elle avait cru déceler et il est parfois difficile d'établir la chronologie exacte du « qui a fait quoi à qui ».

Intellectualisation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments gênants.

Isolation de l'affect. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en séparant les idées des sentiments qui leur étaient initialement associées. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (p. ex., un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (p. ex., des détails descriptifs).

Omnipotence. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en ressortant ou en agissant comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres.

Passage à l'acte[1]. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par des actions plutôt que par des sentiments ou des réflexions. Cette définition est plus large que celle du concept originel de passage à l'acte lié à des désirs ou à des sentiments transférentiels au cours d'une psychothérapie. Elle vise à englober les comportements surgissant tant au sein de la relation transférentielle qu'en dehors d'elle. Le passage à l'acte défensif n'est pas synonyme de « mauvais comportement » car il exige que la conduite soit liée aux conflits émotionnels.

Plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par des plaintes ou des demandes d'aide répétées qui dissimulent en fait des sentiments (l'hostilité ou des reproches à l'égard d'autrui. Ces sentiments s'expriment à leur tour lorsque le sujet rejette suggestions, conseils ou offres d'aide apportées par autrui. Les plaintes et les demandes peuvent concerner des symptômes physiques ou psychologiques ou des problèmes rie la vie.

Projection. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables.

Rationalisation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées.

Refoulement. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en expulsant de sa conscience des désirs, des pensées ou des expériences pénibles. Le sentiment peut rester conscient mais détaché des idées qui lui sont associées.

Répression[2]. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles.

---

1. N.d.T. : Angl. : *Acting Out.* Certains auteurs comme S. Ionescu ont choisi de traduire *Acting Out* par Activisme (référence page suivante).
2. : Angl. : Repression.
3. N.d.T. : Angl. : Suppression.

Rêverie autistique'. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant une rêverie diurne excessive aux relations interindividuelles, aux actions plus efficaces ou à la résolution de problèmes.

Sublimation. Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en canalisant des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptées vers des comportements socialement acceptables (p. ex., les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère).

1. N.d.T. : Angl. : *Autistic Fantasy*. Dans *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique,* S. Ionescu et coll., Paris. Nathan, 1997. ont préféré traduire *Autistic Fantasy* par Refuge dans la rêverie.

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement Relationnel (EGFR)

Instructions : L'échelle EGFR peut être utilisée pour noter un jugement global sur le fonctionnement d'une famille ou d'une autre entité relationnelle. Elle repose sur l'hypothèse d'un continuum allant d'un fonctionnement relationnel compétent et optimal à un mode de relation en rupture et dysfonctionnel. Elle est analogue à l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement de l'Axe V conçue pour les individus. L'échelle EGFR permet au clinicien de coter le degré auquel une famille ou toute autre unité relationnelle satisfait les besoins affectifs ou instrumentaux d'un de ses membres dans l'un des domaines suivants :

A. *Résolution de problèmes* — capacité à sélectionner parmi des buts, des règles et des habitudes ; adaptabilité au stress ; capacité à communiquer ; capacité à résoudre des conflits.

B. *Organisation* — maintien des rôles interpersonnels et des frontières entre sous-systèmes ; fonctionnement hiérarchique ; alliances et répartition du pouvoir, de l'autorité et des responsabilités.

C. *Climat émotionnel* — tonalité et étendue des sentiments ; qualité des sentiments affectifs, empathie, implication et attachement/engagement ; partage des valeurs ; sympathie affective, respect et considération mutuels ; qualité du fonctionnement sexuel.

Dans la plupart des cas, l'échelle EGFR doit être utilisée pour estimer le fonctionnement sur la période actuelle (c.-à-d. le niveau de fonctionnement relationnel au moment de l'évaluation). Dans certains contextes, l'échelle EGFR peut également être utilisée pour estimer le fonctionnement sur d'autres périodes de temps (c.-à-d. le plus haut niveau de fonctionnement relationnel pendant au moins quelques mois au cours de l'année précédente).

N.-B. : Utiliser si possible des valeurs intermédiaires précises, par exemple 45, 68, 72. Si l'on ne dispose pas d'une information détaillée suffisante pour faire une évaluation spécifique, utiliser les points centraux des cinq intervalles à savoir 90, 70, 50, 30 ou 10.

81-100 *Global : l'unité relationnelle fonctionne de façon satisfaisante tant du point de vue de ses membres que de celui d'observateurs externes.*

Les membres de la famille/du couple se sont mis d'accord sur des modèles ou des habitudes qui facilitent la satisfaction des besoins habituels de chacun ; il existe une adaptation au changement en réponse à des demandes ou à des événements inhabituels ; les conflits occasionnels et les transitions stressantes sont résolus par la communication, la résolution de problèmes et la négociation.

1. N.d.T. : Angl. : *Global Assessment of Relational Functioning or GARF Scale.*

Il existe une compréhension partagée et un accord sur les rôles et les tâches respectives ; le processus décisionnel est défini pour chaque domaine fonctionnel et les caractéristiques et les mérites propres de chaque sous-système (par exemple parents-conjoints, fratries et sujets) sont reconnus.

L'atmosphère au sein de la famille est appropriée à la situation et optimiste ; une gamme étendue de sentiments est librement exprimée et gérée au sein de la famille ; il règne une atmosphère générale de chaleur. d'attention et de partage des valeurs parmi tous les membres de la famille. Les relations sexuelles entre adultes sont satisfaisantes.

61-80 Global : *le fonctionnement de l'unité relationnelle est d'une certaine manière non satisfaisant. Après tin certain temps la plupart des difficultés mais pas toutes sont résolues sans contestation.*

Des habitudes quotidiennes sont présentes mais les situations inhabituelles provoquent une certaine douleur et des difficultés. Il reste des conflits non résolus mais ceux-ci n'altèrent pas le fonctionnement familial.

Le processus décisionnel est habituellement compétent mais les efforts de contrôle mutuel sont assez souvent plus importants que nécessaires voire inefficaces. Les individus et les relations sont clairement délimités mais il arrive qu'un sous-système donné soit déprécié ou désigné comme bouc émissaire.

Une gamme de sentiments est exprimée mais il existe des blocages émotionnels ou des tensions. La chaleur et l'attention sont présentes mais elles sont perturbées par l'irritabilité et les frustrations d'un membre de la famille. Les relations sexuelles entre adultes peuvent être réduites ou problématiques.

41-60 Global : *relationnelle fonctionne occasionnellement de façon à la fois satisfaisante et compétente niais les relations clairement dysfonctionnelles et non satisfaisantes tendent à prévaloir.*

La communication est fréquemment inhibée par des conflits non résolus qui interfèrent souvent avec les habitudes quotidiennes ; il existe des difficultés significatives dans l'adaptation au stress familial et aux étapes de transition.

Le processus décisionnel n'est compétent et effectif que de façon intermittente ; il s'accompagne d'un excès de rigidité ou bien d'un manque significatif de structure. Les besoins individuels sont assez souvent étouffés par un partenaire ou une coalition.

Il existe une douleur, une colère impuissante ou un vide émotionnel qui interfèrent avec les plaisirs familiaux. Bien qu'il existe un certain degré de chaleur et de soutien pour les membres du groupe, il est habituellement distribué de façon inégale. Des difficultés sexuelles pénibles entre adultes sont souvent observées.

21-40 Global : *l'unité relationnelle est manifestement et sérieusement fonctionnelle les relations satisfaisantes sont peu nombreuses et peu fréquentes ; les formes et les moments de satisfaction sont rares.*

Les habitudes de la famille/du couple ne satisfont pas les besoins de ses membres et elles sont endurées à contrecoeur ou délibérément ignorées. Les changements du *cycle* de vie tels que les départs ou les entrées dans l'unité relationnelle provoquent à la fois des conflits douloureux et des échecs manifestement frustrants quant à la résolution des problèmes.

i.e processus décisionnel est tyrannique ou tout à fait inefficace. Les caractéristiques propres à chaque individu ne sont pas appréciées à leur juste valeur ou sont ignorées en raison de coalitions rigides ou fluctuantes.

Les moments de plaisir à vivre ensemble sont rares ; il existe des moments fréquents de mise à distance ou d'hostilité ouverte en rapport avec des conflits significatifs non résolus et assez douloureux. Les dysfonctions sexuelles entre adultes sont habituelles.

1-20 Global : *l'unité relationnelle a atteint un niveau trop dysfonctionnel pour assurer la continuité du contact et de l'attachement.*

Les habitudes de la famille/du couple sont rares (p. ex., absence d'horaire pour les repas, le coucher, le réveil) ; souvent personne ne sait dire où sont les autres membres de la famille, ni quand ils seront présents ou absents ; il existe peu de communication efficace entre les membres de la famille.

L'organisation des membres de la famille/du couple ne permet pas d'identifier les responsabilités personnelles ou générationnelles. Les frontières de l'unité relationnelle prise dans son ensemble ainsi que celles de ses sous-systèmes ne peuvent être définies ou acceptées d'un commun accord. La santé physique des membres de la famille est en danger, ils peuvent être blessés ou faire l'objet d'agressions sexuelles.

Le désespoir et le cynisme sont envahissants ; les besoins émotionnels des autres ne sont guère pris en compte, il n'existe pratiquement pas de sentiment d'attachement, d'engagement ou de souci concernant le bien-être d'autrui.

0 Information inadéquate

Échelle d'Évaluation du Fonctionnement Social et Professionnel (EFSP)

L'échelle EFSP (SOFAS) est une nouvelle échelle qui diffère de l'Échelle Globale du Fonctionnement (EGF) en ce qu'elle concerne exclusivement le niveau de fonctionnement social et professionnel sans dépendre directement de la sévérité globale des symptômes psychologiques du sujet. De la même façon, contrairement à l'échelle EGF, toute altération du fonctionnement social et professionnel due à des affections médicales générales doit être prise en compte dans la cotation de l'échelle EFSP. Cette échelle est habituellement utilisée pour coter le fonctionnement au cours de la période actuelle (c.-à-d. le niveau de fonctionnement au moment de l'évaluation). L'Échelle EFSP peut aussi être employée pour coter le fonctionnement au cours d'autres périodes de temps. Par exemple, dans certains cas, il peut être utile d'évaluer le fonctionnement au cours de l'année écoulée (c.-à-d. le plus haut niveau de fonctionnement ayant duré au moins quelques mois au cours de la dernière année).

1. Angl. : *Social and Occupational Functioning Assessment Sade.*

Échelle d'Évaluation du Fonctionnement Social et Professionnel (EFSP)

Évaluer le fonctionnement social et professionnel sur un continuum allant d'un fonctionnement excellent à un fonctionnement altéré de façon massive. Inclure les altérations du fonctionnement dues à des causes physiques au même titre que celles dues à des causes psychiques. Pour être prise en compte, l'altération doit être la cause directe de problèmes de santé mentale et physique. On ne doit pas tenir compte des conséquences d'un manque d'occasions ou d'autres facteurs limitants d'ordre environnemental.

NOTE (N.-B. : Utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, p. ex., 45, 68, 72).

100 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités.

91

Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace.

81

80 Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., conflit interpersonnel occasionnel. retard temporaire dans le travail scolaire).

71

70 Quelques difficultés clans le fonctionnement social, professionnel Ou scolaire mais I fonctionne assez bien de générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

61

60 Difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex.. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

51

50 Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., absence d'amis. incapacité à garder un emploi).

41

40 Altération majeure du fonctionnement clans plusieurs domaines continu le travail. l'école Ou les relations familiales (p ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant a la maison et échoue à l'école).

31

30 Incapacité à fonctionner clans presque tous les domaines p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

21

20 Incapacité intermittente a maintenir une hygiène corporelle minimum ; incapable de fonctionner de façon autonome.

11

10 Incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner sans se faire du mal ou faire du mal à autrui ou en l'absence d'une assistance par des tiers importante (p. ex., nursing et surveillance).

0 Information inadéquate

N.-B. : L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 0 à 100 a été opérationnalisée par Luborsky clans l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie (Luborsky L.: « Clinician's Judgments a Mental Health. s *Archives of General Psychiatry* 7 : 407-417, 1962).

Spitzer *et cd* ont développé une révision de l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie intitulée l'Échelle d'Évaluation Globale (Global Assessment Scale ou GAS) (Endicott j, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J : The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatrie Disturbance »). *Archives of General Psychiatry* 33 ; 766-771, 1976).

L'échelle EFSP est dérivée de l'échelle GAS et son développement est décrit clans Goldman Skodol AE, lave TR : « Revising Axis V for DSM-IV : A Review of Measures of Social Functioning. » *American Journal of Psychiatry* 149: 1147-1156, 1992.

Annexe C

Glossaire des termes techniques[1]

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 :

- **l'affect émoussé :** réduction significative de l'intensité de l'expression affective.
- **l'affect abrasé :** absence complète ou presque complète d'expression affective.
- **l'affect inapproprié :** discordance entre l'expression affective et le contenu du discours ou de la pensée.
- **l'affect labile :** variabilité anormale des affects avec modifications répétées, rapides et précipitées de l'expression affective.
- **l'affect restreint :** réduction légère du registre affectif dans son étendue et son intensité.

Agitation (agitation psychomotrice). Activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirailler ses vêtements, l'incapacité à rester assis.

Alogie. 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'information car il est trop concret ou trop abstrait ou encore stéréotypé *(pauvreté du contenu du discours).*

---

1. Les définitions du glossaire se sont inspirées des sources suivantes : DSM-III, DSM-III-R, *Glossaire américain de psychiatrie,* 6e édition ; *Dictionnaire de psychologie Penguin, Dictionnaire psychiatrique de Campbell,* 6e édition ; *Dictionnaire médical de Stedman,* 19e édition ; *Dictionnaire médical illustré de Dorland,* 25e édition et le 3e *Nouveau dictionnaire international de Webster.*

Amnésie. Perte de mémoire. Les différents types d'amnésie comprennent :

• **l'amnésie antérograde :** perte de la mémoire d'événements survenus après le début de l'agent ou de l'état causal.

• **l'amnésie rétrograde :** perte de mémoire d'événements survenus avant le début de l'agent ou de l'état causal.

Anxiété. Anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété peut être centrée sur un danger anticipé intérieur ou extérieur.

Aphasie. Perturbation de la compréhension ou de la transmission idéïque du langage quelle que soit sa forme (langage lu, écrit ou parlé) due à une lésion ou à une maladie des centres nerveux impliqués dans le langage.

Aphonie. Incapacité à produire les sons du langage qui nécessitent l'emploi du larynx, non due à une lésion du système nerveux central.

Ataxie. Perte complète ou partielle de la coordination du mouvement volontaire.

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.

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'avolition est généralisée et empêche le sujet de terminer de nombreux types d'activités différentes (p. ex., travail, activité intellectuelle, soin de sa propre personne).

Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur. 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 du délire 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.

Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur. 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. Exemples de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : idées délirantes de persécution (en l'absence de péjoration de soi ou d'idées de grandeur), pensée imposée, divulgation de la pensée, idées délirantes d'être contrôlé dont le contenu n'a pas de relation apparente avec l'un quelconque des thèmes mentionnés ci-dessus.

Catalepsie. Flexibilité cireuse. Maintien prolongé d'une position du corps.

Cataplexie. 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.

Comportement catatonique. Anomalies motrices marquées comprenant une *immobilité motrice* (c.-à-d. une catalepsie ou une stupeur), certains types *d'activité motrice excessive* (agitation sans but apparent, non influencée par des stimulus externes), un négativisme extrême (apparemment sans motif, résistance à toute consigne de bouger), ou *un mutisme, un trouble de la posture ou des mouvements stéréotypés, et une écholalie ou une échopraxie.*

Conversion (symptôme de). Perte ou atteinte d'une fonction de la motricité volontaire ou d'une sensorialité faisant évoquer une affection médicale générale 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 générale ou les effets directs d'une substance. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement, n'est pas simulé et n'est pas culturellement admis.

Défense (mécanisme de). Processus psychologique automatique qui protège de l'anxiété et des facteurs de stress ou des dangers internes ou externes. Les mécanismes de défense médient la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes. Certains de ces mécanismes (p. ex., la projection, le clivage et le passage à l'acte) sont presque toujours inadaptés. D'autres, tels que l'annulation et le déni sont adaptés ou non selon leur intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent. Les définitions des mécanismes de défense spécifiques ainsi que la façon dont ils doivent être enregistrés en utilisant l'échelle de fonctionnement défensif figurent p. 930.

Dépersonnalisation. Altération de la perception ou de la conscience de soi qui se manifeste par un sentiment de détachement de soi-même et par le sentiment de percevoir son corps ou son esprit à distance (p. ex., comme de se sentir dans un rêve).

Déraillement (Angl. *Derailment).* Rupture du fil conducteur. Voir « Relâchement des associations ».

Déréalisation. Altération de la perception ou de la conscience du monde extérieur qui paraît étrange ou irréel (p. ex., les gens peuvent sembler étranges, mécaniques).

Désorientation. Confusion au sujet de la date ou de l'heure, de la saison, du lieu ou de l'identité des personnes.

Dissociation. Rupture des fonctions — habituellement intégrées — de conscience, *de* mémoire, du sens de l'identité ou de la perception de l'environnement. La perturbation peut-être soudaine ou d'apparition progressive, transitoire ou chronique.

Distractibilité. Incapacité à maintenir l'attention qui passe d'un thème ou d'un sujet à un autre à la suite d'une incitation minime, ou attention trop fréquemment attirée par des stimulations extérieures sans importance ou négligeables.

Dysarthrie. Trouble de l'articulation de la parole dû à des perturbations du contrôle musculaire.

Dyskinésie. Distorsion de mouvements volontaires avec activité musculaire involontaire.

Dysphorie (liée à l'identité sexuelle). Aversion durable pour certaines (ou pour toutes les) caractéristiques physiques voire pour les rôles sociaux qui sont l'apanage de son sexe biologique.

Dyssomnie. Trouble primaire du sommeil ou du réveil caractérisé par une insomnie ou une hypersomnie comme manifestation somatique principale. Les dyssomnies concernent la quantité, la qualité ou l'horaire du sommeil.

Dystonie. Perturbation du tonus musculaire.

Écholalie. Répétition pathologique — comme un perroquet — et apparemment sans but d'un mot (ou d'une phrase) qui vient d'être dit par une autre personne.

Échopraxie. Répétition par imitation des mouvements d'autrui. L'action, ni désirée ni volontaire, est semi-automatique et ne peut être contrôlée.

Facteur de stress psychosocial. Événement de vie ou modification survenue dans l'existence susceptible d'être liée de façon chronologique (et peut-être causale) avec la survenue, le déclenchement ou la recrudescence d'un trouble mental.

Stupeur. Absence de réactivité avec immobilité et mutisme.

Flash-back. Résurgence d'une expérience passée (mémoire, sentiment ou perception).

Fuite des idées. Flot accéléré et pratiquement ininterrompu du discours comprenant de brusques changements de sujet, qui repose habituellement sur des associations compréhensibles, des stimulus divers sources de distractions, ou des jeux de mots. Lorsque la fuite des idées est importante, le discours peut être désorganisé et incohérent.

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 (hallucinations *hypnagogiques)* ou au réveil (hallucinations *hypnopompiques).* Des expériences hallucinatoires transitoires peuvent survenir en l'absence de trouble mental. Les hallucinations peuvent être :

• **auditives :** hallucinations impliquant la perception d'un son, le plus souvent une voix. Selon certains cliniciens ou investigateurs les expériences perçues comme provenant de l'intérieur du sujet ne sont pas incluses, le concept d'hallucinations auditives vraies étant réservé à celles qui sont perçues comme extérieures. Quoiqu'il en soit, dans le DSM-IV on ne distingue pas les hallucinations auditives selon la source des voix, à l'intérieur ou à l'extérieur de la tête.

• **congruentes à l'humeur :** *voir* « Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur ».

• **gustatives :** hallucinations impliquant le goût (habituellement désagréable).

• **non congruentes à l'humeur :** *voir* « Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur ».

• **olfactives :** hallucinations impliquant l'odorat, p. ex., du caoutchouc brûlé ou du poisson pourri.

• **somatiques :** hallucinations impliquant la perception d'un phénomène physique à l'intérieur du corps telle que la sensation d'une décharge électrique. Il faut distinguer les hallucinations somatiques des sensations physiques liées à une affection médicale générale dont le diagnostic n'est pas encore reconnu, d'une hallucination tactile ou d'une préoccupation hypocondriaque accompagnée de sensations physiques normales.

• **tactiles :** 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 :** 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 stimulus extérieurs réels.

Humeur. Émotion globale et durable qui colorie la perception du monde. Des exemples courants (l'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 :

• **euthymie :** humeur « normale » qui implique l'absence d'euphorie ou de dépression.

• **humeur dysphorique :** humeur à tonalité désagréable, telle que tristesse, anxiété ou irritabilité.

• **humeur élevée (euphorique) :** 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 ».

• **humeur expansive :** manque de retenue dans l'expression des sentiments souvent accompagné d'une surestimation de sa propre importance.

• **humeur irritable :** facilement contrarié et mis en colère.

Hyperacousie. Sensibilité douloureuse aux sons.

Hypersomnie. 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.

Idée délirante. 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. C'est parfois le comportement de l'individu qui vient témoigner *de* l'existence d'une conviction délirante qui survient sur un continuum. 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 :

• **idée délirante bizarre :** idée délirante concernant un phénomène (lue la propre culture du sujet considérerait comme tout à fait invraisemblable.

• **idée délirante d'influence :** 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.

• **idée délirante de grandeur :** 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.

• **idée délirante de jalousie :** idée délirante selon laquelle le partenaire sexuel est infidèle.

• **idée délirante congruente à l'humeur :** *voir* « Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur ».

• **idée délirante de divulgation de la pensée :** délire selon lequel les pensées (l'un sujet sont diffusées si fort qu'elles peuvent être perçues par d'autres.

• **idée délirante de persécution :** délire dans lequel le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, persécuté ou victime d'une conspiration.

• **idée délirante de référence :** 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.

• **idée délirante érotomaniaque :** idée délirante selon laquelle une autre personne, habituellement de rang social plus élevé que le sujet, est amoureuse de ce dernier.

• **idée délirante non congruente à l'humeur :** *voir «Caractéristiques* psychotiques non congruentes à l'humeur ».

• **idée délirante somatique :** délire dans lequel le thème central touche au fonctionnement du corps.

• **pensées imposées :** délire selon lequel certaines des pensées d'un sujet ne lui appartiennent pas mais ont plutôt été introduites dans son esprit.

Idée surinvestie. Croyance ou idée déraisonnable et soutenue que le sujet défend avec une intensité moindre que dans le cas d'une idée délirante (c.-à-d. 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.

Idée de grandeur. Sentiment exagéré de sa propre importance, de son pouvoir, de sa valeur ou de son identité. Poussée à l'extrême, l'idée de grandeur peut prendre des proportions délirantes.

Identité sexuelle. Conviction intime de la personne d'être un homme ou une femme.

Illusion. Perception inexacte ou mauvaise interprétation d'un stimulus extérieur réel, par exemple le bruissement des feuilles est pris pour des voix. Voir *aussi* « Hallucinations ».

Incohérence. 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* deux propositions distinctes. 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 des incohérences. Enfin, ce terme ne s'applique généralement pas lorsqu'il est prouvé que la perturbation du langage est due à une aphasie.

Insomnie Plainte subjective concernant la difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi ou la mauvaise qualité du sommeil. Les différents types d'insomnie sont :

• **insomnie d'endormissement :** difficulté à s'endormir.

• **insomnie du milieu de la nuit :** réveil nocturne au milieu de la nuit éventuellement suivi d'un réendormissement mais avec difficulté.

• **insomnie matinale** (terminale ou matutinale) : réveil avant l'heure habituelle et impossibilité de se réendormir.

Intersexué (état). État d'un sujet qui possède conjointement, à des degrés divers, des caractéristiques des deux sexes, aussi bien en ce qui concerne l'apparence physique, que les organes de reproduction et le comportement sexuel.

Logorrhée. Discours abondant, accéléré et difficile ou 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. Perception visuelle des objets plus grands que ce qu'ils sont réellement.

Médication agoniste/antagoniste. Molécule extrinsèque, distincte des substances endogènes, qui agit sur une famille de récepteurs (comme les récepteurs opiacés mu, delta et kappa) d'une façon telle qu'elle est un agoniste total ou partiel d'un type de récepteur et antagoniste d'un autre.

Médication agoniste. Molécule extrinsèque, distincte des substances endogènes, qui agit sur un récepteur et qui peut produire l'effet maximum que l'on peut observer en stimulant ce récepteur. Une substance agoniste partielle produit un effet moindre même si elle est donnée en quantité suffisante pour occuper tous les récepteurs disponibles.

Médication antagoniste. Molécule extrinsèque, distincte des substances endogènes, qui occupe un récepteur, qui n'a pas d'effets physiologiques et qui empêche des substances endogènes ou exogènes d'agir sur ce récepteur.

Micropsie. Perception visuelle des objets plus petits que ce qu'ils sont réellement.

Nystagmus. Mouvements rythmiques involontaires des veux (lui consistent en des saccades rapides de faible amplitude dans une direction et en un mouvement plus ample, plus lent, récurrent, effectué dans la direction opposée. Un nystagmus peut être horizontal, vertical ou rotatoire.

Panique (attaques de). Périodes brèves 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 les sensations d'être à court de respiration ou d'étouffer, des palpitations ou une gêne précordiale, une suffocation et une peur de devenir fou ou de perdre son contrôle. Les attaques de panique peuvent être :

- **inattendues :** dans ce cas, la survenue de l'attaque n'est pas liée à une situation déclenchante et survient au contraire à l'improviste.
- **situationnellement liées :** clans ce cas, l'attaque de panique survient presque invariablement lors de l'exposition à une situation déclenchante inductrice ou lors de l'anticipation de celle-ci.
- **situationnellement favorisées :** dans ce cas, l'attaque de panique survient plutôt lors de l'exposition à une situation déclenchante mais n'est pas systématiquement associée à celle-ci.

Parasomnie Comportement anormal ou phénomènes physiologiques au cours du sommeil ou des transitions veille-sommeil.

Pensée magique. Croyance erronée que ses pensées, ses mots ou ses actions pourront causer ou empêcher, d'une manière ou d'une autre, par des moyens défiant les lois normales de la causalité, un résultat particulier. La pensée magique peut faire partie du développement normal de l'enfant.

Persécutoire (mode de pensée). Idée d'une intensité moindre que celle de l'idée délirante concernant la suspicion ou la croyance d'être harcelé, persécuté ou injustement traité.

Personnalité Ensemble de conduites fortement enracinées qui incluent la manière dont on perçoit, on réagit à- et on conçoit son environnement et sa propre personne. *Les traits de personnalité* sont les aspects saillants de la personnalité qui se manifestent dans nombre de contextes différents et importants, sociaux et individuels. Ils ne constituent un Trouble de la personnalité que lorsqu'ils ont rigides et inadaptés et qu'ils sont responsables soit d'une altération significative du fonctionnement soit d'une souffrance subjective.

Phobie. Peur persistante et irrationnelle d'un objet, d'une activité ou d'une situation (le stimulus phobogène) qui débouche sur un désir irrésistible de l'éviter. Souvent le sujet parvient à éviter le stimulus phobogène ou il affronte celui-ci avec terreur.

Prodrome. Signe ou symptôme précoce ou annonciateur d'un trouble.

Psychomotrice. Voir « Agitation ».

Psychotique. Ce terme a reçu, dans l'Histoire, de nombreuses définitions différentes, aucune n'ayant été universellement admise. Dans l'acception la plus restreinte, le terme psychotique ne concerne que les idées délirantes ou des hallucinations marquées, en l'absence de prise de conscience de leur caractère pathologique. Une définition un peu moins restrictive inclurait aussi les phénomènes hallucinatoires marqués que le sujet qualifie d'expériences hallucinatoires. Plus large encore est la définition qui englobe aussi d'autres symptômes *de* la schizophrénie (c.-à-d. un discours désorganisé, un comportement catatonique ou grossièrement désorganisé). A la différence de ces définitions reposant sur des symptômes, la définition retenue clans le DSM-II et dans la CIM-9 était probablement beaucoup trop inclusive, centrée sur la gravité de l'altération du fonctionnement de telle sorte qu'un trouble mental était qualifié *de* psychotique s'il entraînait une altération qui interférait de façon notable avec la capacité à remplir les obligations habituelles de la vie. En définitive, le terme *psychotique* a été défini conceptuellement comme une perte des limites du moi ou comme une altération importante de l'expérience de la réalité.

Ralentissement psychomoteur. Ralentissement généralisé visible des mouvements et du discours.

Relâchement des associations (Angl. : *Derailment*). Mode de discours dans lequel les idées d'un sujet passent d'un registre à un autre — complètement différent

— ou lié au premier de façon indirecte. En passant d'une phrase ou d'une proposition à une autre la personne change de cadre de référence de façon idiosyncrasique, le tout pouvant être juxtaposé de manière incompréhensible. Cette perturbation survient entre les diverses propositions contrairement à l'incohérence dans laquelle la perturbation est à l'intérieur des propositions. Des modifications occasionnelles impromptues de sujet, sans lien évident, ne constituent cependant pas un relâchement des associations.

Résiduelle (phase). Phase d'une maladie qui survient après la rémission des symptômes florides ou de l'ensemble du syndrome.

Sexe. Statut biologique d'une personne en tant que sujet masculin, féminin ou indéterminé. Selon les circonstances, la détermination du sexe peut se faire sur l'aspect des organes génitaux externes ou sur le caryotype.

Signe. Manifestation objective d'un état pathologique. Les signes sont observés par l'examinateur plutôt que rapportés par le patient.

Stéréotypés (mouvements). Mouvements répétitifs, non fonctionnels, apparemment intentionnels (p. ex., mouvements des mains, balancement du corps, le fait de se cogner la tête, de mâcher des objets, de se mordre, de se pincer la peau ou les orifices du corps ou de frapper quelqu'un).

Symptôme. Manifestation subjective d'un état pathologique. Les symptômes sont rapportés par le patient plutôt qu'observés par l'examinateur.

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.

Synesthésies. État au cours duquel une modalité sensorielle donnée survient lorsqu'une autre sensorialité est stimulée, par exemple lorsqu'un son déclenche la sensation d'une couleur particulière.

Tic. Mouvement moteur (ou vocalisation) stéréotypé involontaire, soudain, rapide, récurrent, non rythmique.

Transsexualisme Dysphorie sévère liée à l'identité sexuelle associée à un désir persistant d'avoir les caractéristiques physiques et les rôles sociaux appartenant au sexe biologique opposé.

Annexe D

Listes des modifications figurant dans le texte révisé du DSM-IV

Cette annexe donne une vision d'ensemble des modifications apportées au texte. Il ne s'agit toutefois pas d'une liste exhaustive. En effet, les changements apportés à la formulation clans un souci de clarté ainsi que les compléments ajoutés dans les sections sur le diagnostic ne sont pas reproduits ici. Il faut également noter que la plupart des paragraphes du DSM-IV n'ont pas été révisés, ce qui montre que l'essentiel du texte original reste pertinent après une revue de la littérature actuelle.

Introduction. Plusieurs paragraphes ont été ajoutés pour décrire la méthode suivie pour réviser le texte du DSM-IV. Dans la section sur l'utilisation du jugement clinique, des explications supplémentaires ont été ajoutées sur l'importance de la méthode de recueil des données pour déterminer si les critères diagnostiques sont remplis.

Évaluation multiaxiale. Les instructions concernant l'évaluation globale du fonctionnement (EGF) ont été très approfondies. Les ajouts comprennent des commentaires sur l'application de l'EGF à la période de temps actuelle ainsi que sur la structure de l'échelle (c.-à-d. sur le fait que chaque élément évalue d'une part des symptômes et d'autre part un fonctionnement). Enfin, une méthode en quatre étapes est indiquée pour s'assurer qu'aucun élément de l'échelle d'EFG n'a été négligé lors de la cotation.

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Retard mental. Des informations supplémentaires ont été ajoutées sur l'association de certains facteurs étiologiques avec des symptômes ou troubles comorbides (p. ex., sur le syndrome du X fragile et le trouble Déficit de l'attention/hyperactivité).

Troubles de la communication. Des éléments ont été ajoutés pour préciser qu'une évaluation fonctionnelle approfondie du langage de l'individu est possible même quand des tests standardisés ne sont pas disponibles ou ne sont pas adaptés (p. ex., quand les tests disponibles n'ont été validés que dans une population limitée). Les sections sur la prévalence et l'évolution ont été mises à jour pour les troubles du langage de type expressif, de type mixte réceptif/expressif, pour le trouble phonologique ; il en est de même pour la section sur l'évolution du bégaiement.

Trouble autistique. Le texte de la section sur les caractéristiques diagnostiques a été modifié pour insister sur les perturbations des aspects sociaux du langage, qui sont particulièrement pertinentes dans l'examen des individus qui ont un relativement bon niveau de fonctionnement. De plus, les exemples de restriction, de répétitions et de stéréotypies clans le comportement, les intérêts et les activités ont été améliorés. Le texte a également été modifié pour refléter le fait que les parents signalent dans près de 20 % des cas que le développement a été relativement normal pendant un ou deux ans. La section sur les déficits cognitifs et les affections médicales générales associées a été actualisée. Les taux de prévalence ont été majorés pour tenir compte d'études récentes. Des informations plus spécifiques sur le risque clans la fratrie ont été incluses dans la section sur les aspects familiaux.

Syndrome de Rett. Il a été ajouté que certains cas de syndrome de Rett sont dus à une mutation génétique spécifique.

Syndrome d'Asperger. En raison de la rareté des données disponibles sur ce trouble récemment introduit, le texte du DSM-IV ne faisait guère plus que paraphraser les critères diagnostiques. Pour cette raison, le texte consacré au syndrome d'Asperger a été largement révisé. Afin de mieux différencier ces patients de ceux qui présentent un trouble autistique, des exemples spécifiques ont été donnés des manifestations typiques du trouble clans les interactions sociales, et de comportements et d'intérêts restreints et répétitifs. De plus, il a été précisé que l'absence de retard du langage significatif sur le plan clinique ne signifie pas que ces patients n'ont pas de difficultés de communication. Les sections sur les caractéristiques et troubles associés, l'évolution et le diagnostic différentiel ont été très détaillées et une section sur les caractéristiques liées à l'âge a été ajoutée.

Trouble envahissant du développement non spécifié. La définition a été modifiée pour corriger une erreur qui permettait de porter ce diagnostic clans des cas où il existe un trouble envahissant dans un seul domaine du développement (p. ex., clans le développement d'interactions sociales réciproques, clans les capacités de communication, ou bien clans des comportements, des intérêts ou des activités stéréotypés). La définition exige maintenant que l'altération des interactions sociales réciproques soit associée à une altération des capacités de communication ou à des comportements, des intérêts ou des activités stéréotypés.

Déficit de l'attention/hyperactivité. Plusieurs modifications du texte servent à préciser les différences entre les sous-types. Par exemple, les individus présentant un type avec inattention prédominante ou un type mixte ont souvent de mauvais résultats scolaires et des problèmes à l'école, alors que le type hyperactivité-impulsivité prédominante est plus souvent associé à un rejet par les pairs et à des blessures acci-

dentelles. L'excès de garçons est moins net clans le type avec inattention prédominante. Des informations supplémentaires sont données sur les caractéristiques associées (p. ex., variabilité du QI et mésentente familiale) et les caractéristiques liées à l'âge (notamment le déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte). Les taux de prévalence ont été majorés, ce qui reflète l'inclusion des types hyperactivité/impulsivité prédominante et inattention prédominante clans le DSM-IV.

Trouble des conduites. La liste des facteurs de risque prédisposant à un trouble des conduites a été allongée. La relation entre le trouble oppositionnel avec provocation et l'apparition ultérieure d'un trouble des conduites à début pendant l'enfance a été notée dans la section sur l'évolution.

Trouble oppositionnel avec provocation. La section sur l'évolution précise que si les cas de trouble des conduites à début pendant l'enfance sont souvent précédés d'un trouble oppositionnel avec provocation, de nombreux enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation ne développent pas un trouble des conduites par la suite.

Pica. Des données sur la prévalence ont été fournies et la comorbidité avec les troubles envahissants du développement a été notée.

Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance. Des modifications ont été faites dans les sections sur la prévalence (la prévalence clans la population générale est notée) et l'évolution (persistance d'une taille et d'un poids moindres à l'adolescence par rapport aux pairs).

Tics. Les critères des troubles dans le chapitre sur les tics ont été corrigés par l'abandon de l'exigence d'une « souffrance ou d'une altération cliniquement significative qui figurait dans la majorité des troubles du DSM-IV (entre autres les tics). Ce critère posait un problème dans les tics pour plusieurs raisons, notamment parce qu'il ne s'accordait pas bien avec l'expérience clinique (la plupart des enfants présentant un syndrome de Gilles de la Tourette ne ressentent pas une souffrance ou une altération marquée) et qu'il entravait la recherche épidémiologique et les études familiales. Le texte a aussi été développé pour ce qui est de la description des types de tics et le diagnostic différentiel (c.-à-d. pour distinguer les tics des autres types de mouvements). Pour le syndrome de Gilles de la Tourette, les sections sur les caractéristiques et troubles associés (notamment les types de comorbidité), les caractéristiques liées à la culture et au sexe (fréquence selon le sexe), la prévalence, l'évolution et les aspects familiaux ont été détaillées.

Encoprésie. L'encoprésie avec constipation fonctionnelle est la forme la plus fréquente. Le texte sur les mécanismes physiologiques prédisposant à la constipation a été actualisé et augmenté.

Énurésie. Des informations nouvelles sur les différents mécanismes expliquant le type exclusivement diurne ont été ajoutées. Les sections sur les caractéristiques et troubles associés (notamment les facteurs de vulnérabilité), la prévalence et les aspects familiaux ont été mises à jour.

Anxiété de séparation. Les sections sur la prévalence et l'évolution ont été mises à jour pour signaler que la prévalence diminue de l'enfance à l'adolescence, et que la plupart des enfants présentant une angoisse de séparation n'ont plus de trouble anxieux invalidant lorsqu'ils sont suivis longtemps.

Trouble réactionnel de l'attachement. Les caractéristiques et troubles associés (facteurs de risque tels qu'une négligence extrême et un séjour en institution) et l'évolution (persistance d'une sociabilité indifférenciée) ont été mises à jour.

Mouvements stéréotypés. Se triturer la peau de manière pathologique a été supprimé de la liste des exemples ; un tel cas devrait être diagnostiqué comme un trouble du contrôle des impulsions non spécifié. l,a section sur les caractéristiques et troubles associés a été modifiée (notamment pour préciser que le trouble peut survenir chez des individus ne présentant pas de retard du développement).

Delirium, démence, troubles amnésiques et autres Troubles cognitifs

Delirium. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été modifiée pour souligner l'existence de deux sortes de delirium : hyperactif et hypoactif. Des compléments ont aussi été ajoutés à la section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe pour prendre en considération des études qui ont montré dans différentes populations qu'un âge avancé est un facteur de risque pour le delirium, même quand les autres facteurs (tels qu'une maladie concomitante) sont contrôlés. On dispose maintenant de données sur la prévalence du delirium dans des groupes de patients souffrant de différentes affections médicales (p. ex., jusqu'à 60 % des pensionnaires de maisons de retraites médicalisées âgés de 75 ans ou plus risquent de présenter un delirium). L'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces du delirium est soulignée par des ajouts conséquents clans la section sur l'évolution (p. ex., les individus qui ont un meilleur fonctionnement physique et cognitif prémorbide se rétablissent mieux).

Delirium dû à une affection médicale générale. La liste des affections médicales générales associées a été réorganisée et actualisée.

Delirium induit par une substance. Le texte ajouté précise que le début et la résolution du delirium peuvent être affectés par divers facteurs, tels qu'une lésion cérébrale, un âge avancé, la demi-vie des substances, l'association de plusieurs substances ou une mauvaise clairance.

Démence. Il y a de nouveaux codes diagnostiques pour les démences (à l'exception de celui de la clémence vasculaire qui reste inchangé). Le code pour tous les types de démence (sauf la démence vasculaire) est F00.00 [294.10] si le sous-type est « sans perturbation du comportement » et 294.11 si le sous-type est « avec perturbations du comportement ». Les sous-types qui pouvaient auparavant être codés pour la démence de type Alzheimer (p. ex., avec humeur dépressive) ne s'appliquent plus. Il faut à la place coder sur l'axe I le trouble mental correspondant dû à une affection médicale générale (p. ex., 1706.3x [293.83] Trouble de l'humeur dû à une maladie d'Alzheimer).

Les codes et les sous-types de la démence vasculaire restent inchangés à cause des conventions de codage de la CIM-9-MC.

La liste des causes de *démence* a été mise à jour pour rendre compte du fait que l'étiologie la plus fréquente, après la maladie d'Alzheimer, est un autre processus neurodégénératif, tel que la maladie à corps de Lewy ou une dégénérescence fronto-temporale deux causes qui n'étaient pas spécifiquement mentionnées dans le DSM-IV. Les données sur la prévalence ont été actualisées pour refléter des études épidémiologiques récentes (c.-à-d. environ 1,5 % pour les personnes âgées de 65 à 69 ans, pour atteindre 16 à 25 % pour celles de plus de 85 ans).

Démence de type Alzheimer. Malgré les efforts considérables faits pour mettre au point des marqueurs biologiques de maladie d'Alzheimer, aucun de ces derniers n'est pour l'instant reconnu unanimement. Le texte ajouté au paragraphe sur les examens complémentaires (ainsi qu'à la section sur le diagnostic différentiel de la démence) reconnaît que la maladie d'Alzheimer reste un diagnostic d'élimination. L'estimation de la prévalence a été révisée à la suite du rapport publié en 1988 par le *General Accounting Office* des États-Unis. Enfin, la section sur les aspects familiaux a été actualisée pour traduire les données actuelles des études de liaison chromosomique et refléter le rôle du marqueur génétique *APOE4* comme facteur de vulnérabilité pour les cas de début tardif.

Démence due à la maladie de Parkinson/Démence due à la maladie de Pick. Deux des formes les plus fréquentes de démence sont la démence à corps de Lewy (un exemple en est la démence due à la maladie de Parkinson) et la démence fronto-temporale (dont un exemple est la démence due à la maladie de Pick). Bien que nous ne disposions pas de données justifiant une refonte radicale de cette section, le texte a été augmenté dans les sections sur les démences dues à d'autres affections médicales générales, la démence due à la maladie de Parkinson et la démence due à la maladie de Pick, afin de préciser comment de tels cas doivent être classés.

Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Des précisions ont été ajoutées sur la transmission entre espèces des infections à prion, pour refléter l'apparition d'une variante humaine de l'encéphalopathie spongiforme bovine au Royaume-Uni au milieu des années quatre-vint-dix.

Troubles mentaux dus à une affection médicale générale

Modification de la personnalité due à une affection médicale générale. Une modification a été apportée pour corriger un critère d'exclusion qui interdisait de porter un diagnostic de modification de la personnalité due à une affection médicale générale en même temps qu'un diagnostic de clémence. Ce critère était un vestige involontaire du DSM-III-R, qui excluait un diagnostic de modification de la personnalité dans un contexte de démence au motif que les modifications de la personnalité faisaient partie des critères diagnostiques de la démence. Des symptômes cliniques significatifs survenant avec une démence sont diagnostiqués en codant sur l'axe I, en plus de la démence, le trouble mental en question dû à une affection médicale générale. Ainsi,

ce critère d'exclusion a été abandonné, *ce* qui permet par exemple, devant l'apparition d'une modification de la personnalité chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer, de porter un diagnostic comorbide de modification de la personnalité due à une maladie d'Alzheimer.

Troubles liés à une substance

Dépendance à une substance. La section sur les caractéristiques a été actualisée pour préciser que les différents effets d'une substance sur le système nerveux central peuvent entraîner divers degrés de tolérance, que la phencyclidine peut entraîner une tolérance, et que des antécédents de tolérance ou de sevrage sont associés à une plus mauvaise évolution clinique (c.-à-d. un début plus précoce, une consommation plus importante de substance, et un plus grand nombre de problèmes liés à la substance).

Sections sur les aspects familiaux pour la dépendance/l'abus/l'intoxication/le sevrage. Le texte a été actualisé pour préciser que les personnes présentant un risque accru de dépendance alcoolique à cause d'antécédents familiaux similaires n'ont pas forcément un risque supérieur (le dépendance à d'autres substances.

Troubles induits par une substance. Des exemples ont été ajoutés pour expliquer dans quelles circonstances il est licite de diagnostiquer une intoxication ou un sevrage à une substance plutôt qu'un trouble induit par une substance avec début pendant une intoxication ou pendant un sevrage.

Troubles liés à l'alcool. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été mise à jour (p. ex., le risque d'accidents liés à l'alcool, la comorbidité avec d'autres troubles). On a ajouté une discussion sur le dosage de la transferrine déficiente en hydrates de carbone (CDT ou *Carbohydrate Deficient Transferrin*) qui est un marqueur d'état d'une consommation éthylique importante très utilisé. Les commentaires concernant les faibles taux de dépendance chez les Asiatiques et l'évolution clinique chez la femme ont été détaillés. Le texte portant sur la prévalence de la consommation d'alcool, des complications liées à l'alcool et de la dépendance alcoolique a été développé et actualisé.

Troubles liés à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques). Le texte sur la prévalence de la consommation d'amphétamine clans différentes classes d'âge et sur la prévalence de la dépendance a été développé et mis à jour.

Troubles liés à la caféine. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été complétée pour inclure des informations sur la sensibilité accrue des personnes âgées aux effets de la caféine. Une section sur la prévalence a été ajoutée pour décrire les modes de consommation de la caféine, et la section sur l'évolution a été développée et actualisée.

Troubles liés au cannabis. L'introduction a été complétée par une information actualisée sur les mécanismes d'action. Le texte sur la dépendance au cannabis a été mis à jour pour préciser qu'une dépendance physiologique est mise en évidence chez les consommateurs chroniques et qu'elle peut être associée à des problèmes liés au cannabis plus graves. Le texte sur la prévalence de la consommation de cannabis dans

différentes classes d'âge et sur la prévalence de la dépendance a aussi été complété et actualisé. On a ajouté dans la section sur l'évolution une discussion sur le rôle éventuel du cannabis comme « porte d'entrée » de la consommation d'autres drogues.

Troubles liés à la cocaïne. Les complications des intoxications sévères à la cocaïne ont été décrites de manière plus détaillée et actuelle, et la section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a aussi été mise à jour. Le texte sur la prévalence de la consommation de cocaïne dans différentes classes d'âge et sur la prévalence de la dépendance et de l'abus a été complété et actualisé.

Troubles liés aux hallucinogènes. On a ajouté une discussion des modifications physiologiques associées à l'intoxication (p. ex., une augmentation de la glycémie). Le texte sur la prévalence de la consommation d'hallucinogènes dans différentes classes d'âge et sur la prévalence de la dépendance et de l'abus a été complété et actualisé.

Troubles liés aux solvants volatils. Des informations supplémentaires ont été ajoutées dans les sections sur les examens complémentaires (c.-à-d., sur la possibilité de doser un métabolite du toluène dans les urines) et sur l'examen physique et les affections médicales générales associées (c.-à-d. une liste plus détaillée de complications respiratoires et une discussion sur l'association possible entre le benzène et la leucémie myéloblastique aiguë). Le texte sur la prévalence de la consommation de divers types de solvants dans différentes classes d'âge et dans différents groupes de la population a été augmenté.

Troubles liés à la nicotine. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été mise à jour (p. ex., on a ajouté des données sur les taux sanguins de nicotine supérieurs observés chez les noirs américains). Le texte sur la prévalence de la consommation de tabac sous ses différentes formes dans divers groupes de population et sur la prévalence de la dépendance à la nicotine a été actualisé. La section sur l'évolution a également été mise à jour à partir de données récentes.

Troubles liés aux opiacés. Des commentaires sur les examens de dépistage de l'hépatite ont été ajoutés au paragraphe sur les examens complémentaires. Des indications sur le nombre de décès dus aux complications médicales ont été ajoutées au paragraphe sur l'examen physique et les affections médicales générales associées. Les sections sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe (notamment la répartition selon le sexe) et l'évolution (les taux de rémission) ont été actualisées. Le texte sur la prévalence des différents modes de consommation des opiacés selon l'âge et clans différents types rie populations a été détaillé et actualisé.

Troubles liés à la phencyclidine (ou aux substances similaires). Le texte sur la prévalence de différents modes rie consommation de la phencyclidine selon l'âge a été détaillé et actualisé.

Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Le texte sur la prévalence de différents modes (le consommation selon l'âge et sur la prévalence rie la dépendance et de l'abus a été actualisé.

Dépendance à plusieurs substances. Des exemples ont été ajoutés pour préciser l'utilisation correcte de cette catégorie.

Schizophrénie et autres troubles psychotiques

L'introduction a été actualisée pour souligner que les symptômes psychotiques ne sont pas obligatoirementconsidérés comme l'élément central des troubles inclus dans ce chapitre, et que tous ces troubles n'ont pas obligatoirement une étiologie commune.

Schizophrénie. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été actualisée et étendue pour inclure des informations supplémentaires sur l'anosognosie (absence de prise de conscience), les facteurs prédisposant aux comportements suicidaires et violents, et la comorbidité avec d'autres troubles mentaux. Le paragraphe sur les examens complémentaires a aussi été mis à jour pour inclure des commentaires consacrés à la neuro-imagerie anatomique et fonctionnelle, aux déficits neuropsychologiques et aux anomalies neurophysiologiques. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe comporte une discussion plus détaillée sur le diagnostic excessif de schizophrénie dans certains groupes ethniques, des informations plus récentes sur les cas de début tardif, et une mise à jour du texte sur les différences selon le sexe. La section sur la prévalence a été revue pour inclure des informations supplémentaires, notamment sur des variations historiques et géographiques de l'incidence. La section sur les aspects familiaux introduit le concept de « spectre de la schizophrénie » (c.-à-d. l'ensemble des troubles qui sont plus fréquents chez les parents de patients schizophrènes).

Sous-types de schizophrénie. L'introduction a été modifiée pour indiquer le peu de stabilité et de valeur pronostique des sous-types.

Trouble schizophréniforme. Une information actualisée sur la prévalence est présentée, avec notamment une indication de la différence des taux entre pays développés et en voie de développement. Une brève section sur les aspects familiaux a été ajoutée pour signaler l'augmentation possible du risque de schizophrénie chez les parents des patients présentant un trouble schizophréniforme.

Trouble schizo-affectif. On a procédé à une mise à jour des sections consacrées aux caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe (c.-à-d., les taux plus élevés chez la femme sont surtout dus à une incidence supérieure du type dépressif) et à l'évolution (c.-à-d., les facteurs de stress sont associés à un meilleur pronostic).

Trouble délirant. La section sur l'évolution a été actualisée.

Trouble psychotique bref. La section sur la prévalence a été mise à jour pour signaler que si ce trouble est rare dans les pays développés, des épisodes psychotiques un peu plus longs (de 1 à 6 mois) sont plus fréquents dans les pays en voie de développement.

Trouble psychotique dû à une affection médicale générale. La liste des affections médicales générales en cause à été mise à jour et des sections sur la prévalence et l'évolution ont été ajoutées.

Troubles de l'humeur

Épisode dépressif majeur. Le paragraphe sur les examens complémentaires a été étendu et mis à jour pour mentionner d'autres anomalies neurobiologiques (p. ex., des réponses anormales de neuropeptides et d'autres hormones à des tests dynamiques) et les résultats d'études d'imagerie cérébrale fonctionnelle. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été actualisée pour indiquer que le risque supérieur chez la femme apparaît à l'adolescence et coïncide peut-être avec la puberté.

Trouble dépressif majeur. Le paragraphe sur l'examen physique et les affections médicales générales associées a été mis à jour pour souligner que des affections médicales générales comorbides aggravent l'évolution du trouble dépressif majeur. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été développée pour inclure des informations sur les examens complémentaires clans la dépression de début tardif (p. ex., des signes d'hyperdensité de la substance blanche sous-corticale). La section sur les aspects familiaux a été modifiée pour rapporter le risque accru de trouble anxieux chez les enfants des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur.

Trouble dysthymique. La section sur l'évolution a été mise à jour pour indiquer que l'évolution du trouble dysthymique est améliorée de manière significative par un traitement actif. La section sur les aspects familiaux a été modifiée pour rendre compte des taux élevés de trouble dysthymique et de trouble dépressif majeur chez les parents des patients atteints de trouble dysthymique.

Trouble bipolaire I et trouble bipolaire II. Le paragraphe sur les caractéristiques et troubles mentaux associés a été élargi pour inclure des informations sur la comorbidité existant entre le trouble bipolaire I et les troubles liés à l'alcool et d'autres substances. Le paragraphe sur les examens complémentaires a été actualisé pour rendre compte de la fréquence plus élevée de certaines lésions cérébrales chez les patients atteints de trouble bipolaire I en tant que groupe. Le paragraphe sur l'examen physique et les affections médicales générales a été allongé pour préciser les relations existant entre les troubles bipolaires I et II et les dysfonctionnements thyroïdiens (c.-à-d. l'association entre l'hypothyroïdie et les cycles rapides, et le rôle déclenchant d'une hyperthyroïdie chez les sujets ayant un trouble de l'humeur préexistant). La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été mise à jour pour refléter l'influence du sexe sur les cycles rapides, le type des épisodes et le risque d'épisodes mixtes. La relation entre l'âge de début des troubles et les antécédents familiaux a été notée clans la section sur les aspects familiaux du trouble bipolaire I.

Trouble bipolaire non spécifié. Un exemple supplémentaire a été donné pour préciser que les sujets atteints de dysthymie chronique, présentant également des épisodes hypomaniaques occasionnels, ne remplissent pas les critères diagnostiques du trouble dysthymique (à cause de la présence d'épisodes hypomaniaques) ni ceux du trouble cyclothymique (parce que les épisodes hypomaniaques sont trop rares).

Caractéristiques catatoniques. Le texte a été développé pour exposer de manière détaillée les causes de catatonie.

Caractéristiques mélancoliques. L'affirmation antérieure selon laquelle les patients présentant des caractéristiques mélancoliques ont plus de chances de répondre à un traitement biologique est erronée et a été remplacée par un texte qui souligne la nécessité d'un traitement actif en raison du faible taux de réponse au placebo.

Caractéristiques atypiques. Le texte ajouté précise que cette spécification, lorsqu'elle est utilisée pour décrire l'épisode le plus récent (par opposition à l'épisode actuel), s'applique si les caractéristiques prédominent durant toute période de deux semaines. De plus, il est noté que les patients présentant ces caractéristiques ont plus de chances de répondre aux médicaments inhibiteurs de la monoamine oxydase qu'aux tricycliques.

Début lors du post-partum. Le texte sur les caractéristiques associées a été mis à jour et des précisions ont été ajoutées pour distinguer ce sous-type du « baby blues ».

Cycles rapides. Le texte mis à jour concerne des données sur la prévalence et l'association possible des cycles rapides avec le traitement antidépresseur.

Troubles anxieux

Attaque de panique. Le texte décrivant les trois types d'attaques de panique (c.-à-d. inattendues, situationnellement liées et favorisées par des situations) a été mis a jour pour préciser la nature des facteurs déclenchants, l'association entre les types d'attaques de panique et certains troubles anxieux, et le diagnostic différentiel.

Trouble panique. L'information sur les relations existant dans le trouble panique entre les attaques de panique et des facteurs déclenchants possibles a été actualisée (c.-à-d. les facteurs déclenchants situationnels peuvent être externes ou internes, et « inattendu » signifie que le sujet n'associe pas tout de suite l'attaque à un facteur déclenchant). La liste des affections médicales générales associées a été étendue, la section sur la prévalence a été allongée pour inclure des taux observés dans des échantillons cliniques, et la section sur les aspects familiaux a été actualisée pour inclure les données d'études récentes (p. ex., sur la relation entre l'âge de début des troubles chez le sujet et le risque chez ses parents du premier degré). Enfin, la section sur le diagnostic différentiel a été détaillée pour inclure les situations où le patient peut être incapable d'identifier les facteurs déclenchant une attaque de panique (p. ex., des pensées ou des symptômes physiologiques similaires à ceux survenus au moment de l'événement traumatisant dans l'état de stress post-traumatique).

Phobie spécifique. Des informations supplémentaires ont été apportées quant à la comorbidité, la fréquence relative des différents sous-types dans la population générale, la fréquence selon le sexe, l'évolution (p. ex., la présence d'une phobie spécifique à l'adolescence augmente le risque d'une phobie spécifique à l'âge adulte, mais pas celui d'autres troubles mentaux) et les aspects familiaux.

Phobie sociale. La section sur les caractéristiques et troubles mentaux associés a été mise à jour (notamment quant à l'association avec les idées suicidaires et les autres troubles anxieux). Le paragraphe sur les examens complémentaires a été actualisé pour

préciser qu'aucun examen de laboratoire ne permet le diagnostic de phobie sociale (c.-à-d. le texte antérieur qui suggérait une réponse distincte lors de la perfusion de lactate a été supprimé).

Trouble obsessionnel-compulsif. L'information sur la comorbidité avec les autres troubles mentaux a été mise à jour. La section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été actualisée avec un bref passage sur les enfants chez lesquels un trouble obsessionnel-compulsif survient associé à des infections par le streptocoque béta-hémolytique du groupe A. Des informations supplémentaires ont été ajoutées pour refléter l'augmentation des données disponibles sur les enfants atteints de trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., les troubles comorbides, la prévalence). La section sur la prévalence a été détaillée et actualisée pour inclure les taux chez les enfants.

État de stress post-traumatique. On a actualisé l'information sur les caractéristiques associées, la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, l'association avec des affections médicales générales, les taux de prévalence et l'évolution (p. ex., la réactivation des symptômes par ce qui rappelle le traumatisme, les événements de vie stressants ou de nouveaux événements traumatisants). Une brève section sur les aspects familiaux a été ajoutée pour décrire les éléments en faveur d'une composante héréditaire dans la transmission de l'état de stress post-traumatique et les relations entre des antécédents de dépression chez les parents du premier degré et une vulnérabilité accrue à la constitution d'un état *de* stress post-traumatique.

État de stress aigu. On a apporté des informations supplémentaires sur la progression vers un état de stress post-traumatique et sur l'éventail des taux de prévalence chez des sujets exposés à des traumatismes sévères.

Anxiété généralisée. On a actualisé le texte sur la prévalence dans divers contextes cliniques, ainsi que les aspects familiaux (c.-à-d. les données des études de jumeaux suggérant une contribution génétique).

Troubles somatoformes

Somatisation. Le paragraphe sur l'examen physique et les affections médicales générales associées a été actualisé pour préciser que certains patients souffrant d'une somatisation présentent aussi des signes objectifs relevant d'une affection médicale générale comorbide.

Trouble de conversion. La section sur la prévalence a été étendue pour inclure les taux observés dans certains cadres médicaux ou chirurgicaux.

Trouble douloureux. La discussion des risques d'une dépendance à une substance d'origine iatrogène a été détaillée et actualisée dans la section sur les caractéristiques et troubles associés, pour aborder aussi les facteurs permettant de réduire le risque de survenue d'une dépendance iatrogène à une substance. De plus, le texte sur les troubles du sommeil associés a été développé. Des données sur la prévalence du trouble douloureux clans des contextes cliniques et des informations supplémentaires sur l'évolution ont été ajoutées.

Hypocondrie. Les sections sur les caractéristiques et troubles associés, la prévalence et l'évolution (c.-à-d. les facteurs associés à un meilleur pronostic) ont été mises à jour.

Peur d'une dysmorphie corporelle. La liste des préoccupations corporelles a été étendue pour inclure la force musculaire et la silhouette du corps. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été actualisée pour introduire des informations supplémentaires sur l'absence de prise de conscience et sur les efforts entrepris pour corriger ou masquer les défauts. Les taux de prévalence rencontrés dans des contextes cliniques ont été ajoutés.

Troubles factices

Trouble factice. Le texte consacré au sous-type avec signes et symptômes physiques prédominants a été remanié pour distinguer plus clairement le syndrome de Münchhausen (la forme la plus sévère et la plus chronique de trouble factice) des formes moins sévères et plus transitoires. Une section sur les caractéristiques liées au sexe a été ajoutée et les sections sur la prévalence et sur l'évolution ont été mises à jour.

Troubles dissociatifs

Trouble dissociatif de l'identité. Le texte a été modifié pour signaler que des cas de trouble dissociatif de l'identité ont été observés dans différentes cultures dans le monde.

Dépersonnalisation. Les sections sur les caractéristiques et troubles associés et sur l'évolution ont été actualisées.

Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle

Un texte d'introduction a été ajouté pour préciser le sens des termes identité sexuelle, dysphorie liée à son sexe et orientation sexuelle.

Dysfonctions sexuelles. Une section sur les troubles associés a été ajoutée et la section sur la prévalence a été développée et actualisée.

Paraphilies. Le critère de significativité clinique a été révisé pour préciser qu'il est par définition rempli clans les cas de pédophilie, de voyeurisme, d'exhibitionnisme et de frotteurisme si le sujet est passé à l'acte en réponse à ses impulsions, ou bien si les impulsions ou fantasmes sexuels causent une souffrance marquée ou des difficultés interpersonnelles. Dans le cas du sadisme sexuel, le critère de significativité clinique est rempli si le sujet est passé à l'acte avec une personne non consentante en réponse à ses impulsions, ou bien si les impulsions, fantasmes sexuels ou comportements causent une souffrance marquée ou des difficultés interpersonnelles. Pour les autres paraphilies, le critère de significativité clinique est rempli si le comportement, les impulsions sexuelles ou les fantasmes causent une souffrance significative ou une altération

du fonctionnement social, professionnel ou clans d'autres domaines importants. Bien évidemment, un diagnostic spécifique de paraphilie ne peut être porté que si le mode particulier d'excitation paraphilique est aussi présent.

Trouble de l'identité sexuelle. Des informations supplémentaires ont été ajoutées pour préciser comment les sous-types (définis en fonction de l'attirance sexuelle) diffèrent par les caractéristiques associées et par l'évolution.

Troubles des conduites alimentaires

Anorexie mentale. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été complétée par des informations sur la comorbidité avec les troubles de la personnalité. La section sur la prévalence a été complétée par des taux chez l'homme. Le texte sur l'évolution a été modifié pour mieux préciser les relations entre l'anorexie mentale et la boulimie.

Boulimie. Des informations sur le devenir à long terme de la boulimie ont été ajoutées à la section sur l'évolution.

Troubles du sommeil

Insomnie primaire. Des révisions ont été apportées au paragraphe sur les caractéristiques et troubles mentaux associés (p. ex., l'altération fonctionnelle) et à celui sur les examens complémentaires (p. ex., l'absence de somnolence diurne mesurée par le test itératif de latence d'endormissement, et les divergences importantes entre l'évaluation subjective de la qualité du sommeil et les mesures polysomnographiques). Des mises à jour ont été également apportées aux sections sur les caractéristiques liées à l'âge et au sexe (p. ex., chez le sujet âgé), la prévalence (p. ex., la fréquence du trouble dans la population générale), l'évolution (le texte sur la chronicité) et les aspects familiaux.

Hypersomnie primaire l es sections sur les caractéristiques liées à l'âge et au sexe (p. ex., chez les enfants), la prévalence et l'évolution ont été actualisées.

Narcolepsie. Il a été précisé que certains des symptômes (c.-à-d. les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques et les paralysies du sommeil) surviennent aussi chez des individus au sommeil normal. Le paragraphe sur les examens complémentaires (y compris le typage HLA) et la section sur l'évolution (âge de début par opposition à l'âge lors de la consultation) ont également été mis à jour. Une section sur les caractéristiques liées à l'âge a été ajoutée pour parler des problèmes du diagnostic de la narcolepsie chez l'enfant.

Troubles du sommeil liés à la respiration. On a procédé à une mise à jour des paragraphes sur les examens complémentaires, et sur l'examen physique et les affections médicales générales associées (c.-à-d. l'association entre la taille du cou et le

risque d'apnée du sommeil obstructive) et de la section sur les caractéristiques liées à l'âge et au sexe (c.-à-d. chez les enfants).

Troubles du sommeil liés au rythme circadien. Des informations supplémentaires sur les différents types ont été apportées dans les sections sur les caractéristiques et troubles associés, dans les paragraphes sur les examens complémentaires et sur l'examen physique et les affections médicales générales associées, ainsi que dans les sections sur les caractéristiques liées à l'âge, sur la prévalence, sur l'évolution, et sur les aspects familiaux.

Dyssomnie non spécifiée. La révision comporte des descriptions beaucoup plus détaillées des syndromes des jambes sans repos et des mouvements périodiques des membres, deux troubles du sommeil reconnus, qui figurent dans la classification internationale des troubles du sommeil.

Cauchemars. On a procédé à une actualisation des paragraphes sur les caractéristiques et troubles mentaux associés (c.-à-d. l'association entre la chronicité et la fréquence des cauchemars et l'importance d'autres symptômes psychopathologiques) et des sections sur la prévalence (c.-à-d. les taux de survenue de cauchemars fréquents chez l'adulte jeune) et l'évolution.

Somnambulisme. Le paragraphe sur les examens complémentaires et les sections sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe, la prévalence, l'évolution, et les caractéristiques familiales ont été mises à jour.

Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental. Le paragraphe sur les examens complémentaires a été mis à jour.

Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs

Trouble explosif intermittent. Le texte ajouté précise que des menaces verbales d'agression physique ont la même signification qu'un geste agressif grave. On a mis à jour les sections sur les caractéristiques et troubles associés — notamment le paragraphe sur les caractéristiques et troubles mentaux associés (p. ex., les symptômes qui précèdent ou accompagnent le geste agressif, tels que des bourdonnements ou des tremblements, ainsi que les affects concomitants) et sur l'évolution. Une section sur les aspects familiaux a été ajoutée pour signaler les troubles qui seraient plus fréquents chez les parents du premier degré des sujets présentant un trouble explosif intermittent que dans la population générale.

Kleptomanie. On a actualisé les sections sur les caractéristiques et troubles associés et sur les aspects familiaux (c.-à-d. les antécédents possibles de trouble obsessionnel-compulsif chez les parents du premier degré des patients kleptomanes). Une section sur les caractéristiques liées au sexe a été ajoutée (c.-à-d. les taux suivant le sexe).

Jeu pathologique. Un paragraphe sur les examens complémentaires (c.-à-d. différentes anomalies rapportées chez les patients de sexe masculin) a été ajouté. On a mis à jour les sections sur les caractéristiques et troubles associés (c.-à-d. des antécédents

de symptômes d'inattention et d'hyperactivité dans l'enfance) et sur la prévalence (c.-à-d. l'influence de l'offre de jeux de hasard légaux sur la prévalence du jeu pathologique).

Trichotillomanie I es sections sur les caractéristiques et troubles associés, la prévalence, et l'évolution ont été mises à jour.

Troubles de l'adaptation

La section sur les caractéristiques et troubles associés a été mise à jour pour préciser la comorbidité avec d'autres troubles. La section sur la prévalence a été développée pour indiquer les taux chez l'enfant et dans des contextes cliniques particuliers. La section sur l'évolution comporte maintenant des commentaires sur le risque de progression vers d'autres troubles.

Troubles de la personnalité

Texte d'introduction aux troubles de la personnalité. Le texte décrivant les modèles dimensionnels a été mis à jour et présente les dimensions définies par les principaux modèles.

Personnalité antisociale. Le texte sur les caractéristiques et troubles associés a été mis à jour pour préciser que les caractéristiques faisant partie de la conception traditionnelle de la psychopathie peuvent prédire les récidives dans des cadres où les actes criminels n'ont pas de signification particulière (p. ex., en prison).

Personnalité borderline. Le texte ajouté à la section sur l'évolution souligne que le pronostic est bon chez de nombreux patients présentant une personnalité borderline, contrairement aux préjugés de nombreux cliniciens.

Personnalité dépendante. Le texte de la section sur les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe a été modifié pour éliminer l'idée selon laquelle les différences liées au sexe sont en grande partie un artefact.

Personnalité obsessionnelle-compulsive. La section sur les caractéristiques et troubles associés a été mise à jour pour mieux préciser les rapports entre les troubles anxieux (notamment le trouble obsessionnel-compulsif) et la personnalité obsessionnelle-compulsive.

Annexes

Plusieurs annexes ont fait l'objet de modifications. De petites modifications Ont été apportées au texte décrivant certaines des catégories proposées pour la recherche clans l'annexe B (p. ex., le trouble dépressif post-psychotique de la schizophrénie, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble mixte anxiété-dépression) et le texte de la section

sur les troubles des mouvements induits par un médicament a été actualisé par l'inclusion des neuroleptiques atypiques. Les annexes E, F et G ont été actualisées pour tenir compte des changements des codes de la CIM-9-MC survenus ces dernières années. L'annexe K, contenant les noms des conseillers pour la révision du texte du DSM-IV, a été ajoutée.

Annexe E

Liste alphabétique des diagnostics et des codes du DSM-IV-TR

(Codes de la CIM-10 et codes du DSM-IV-TR)

NS = Non spécifié

Z03.2 Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe I V71.09
703.2 Absence de diagnostic sur l'Axe II V71.09
T74.1 Abus physique d'un adulte
V61.12 s'il s'agit du partenaire
V62.83 s'il s'agit d'une autre personne que le partenaire
T74.1 Abus physique d'un enfant V61.21 (si le motif d'examen concerne la victime)
T74.2 Abus sexuel d'un adulte
V61.12 s'il s'agit du partenaire
V62.83 s'il s'agit d'une autre personne que le partenaire
T74.2 Abus sexuel d'un enfant V61.21 (si le motif d'examen concerne la victime)
760.3 Acculturation (problème d') V62.4
Adaptation (Trouble de l') V61.12
F43.22 Avec à la fois anxiété et humeur dépressive 309.28
F43.28 Avec anxiété 309.24
F43.20 Avec humeur dépressive 309.0
F43.25 Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites 309.4
F43.24 Avec perturbation des conduites 309.3
F43.9 Non spécifié 309.9
F40.00 Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique 300.22
Alcool
F10.1 Abus 305.00
F10.4 Delirium du sevrage alcoolique 291.0
F10.03 Delirium par intoxication alcoolique 291.0
F10.73 Démence persistante induite par l' 291.2

1. N.d.T. : Certaines subdivisions codées dans la CIM-10 et non dans le DSM-IV-TR ont été maintenues dans cette liste. Pour ces diagnostics, seuls figurent, gauche, les codes CIM-10.

Dépendance 303.90
F10.21 en environnement protégé
F 10.24 légère/moyenne/grave
F10.20 rémission précoce complète/partielle
F10.20 rémission prolongée complète/partielle
F10.22 sous traitement agoniste
F10.8 Dysfonction sexuelle induite par l' 291.89
F10.00 Intoxication 303.00
F10.3 Sevrage 291.81
F10.6 Trouble amnésique persistant induit par l' 291.1
F10.8 Trouble anxieux induit par l' 291.89
F10.8 Trouble de l'humeur induit par 291.89
F10.8 Trouble du sommeil induit par l' 291.89
F10.9 Trouble lié à l'alcool NS 291.9
Trouble psychotique induit par l'
F10.52 Avec hallucinations 291.3
F10.51 Avec idées délirantes 291.5
F50.9 Alimentation (Trouble de I') NS 307.50
F98.2 Alimentation et conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance (Trouble de 1')
F44.0 Amnésie dissociative 300.12
Amnésique (Trouble
F04 Dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale)* 294.0
R41.3 Trouble amnésique NS 294.8
Amphétamine (ou Amphétaminiques)
F15.1 Abus 305.70
F15.03 Delirium par intoxication par l' 292.81
Dépendance 304.40
F15.21 En environnement protégé
F15.24 Légère/moyenne/grave
F15.20 Rémission précoce, complète/partielle
F15.20 Rémission prolongée, complète/partielle
F15.8 Dysfonction sexuelle induite par l' 292.89
F15.04 Intoxication avec perturbations des perceptions
F15.00 Intoxication par l' 292.89
F15.3 Sevrage 292.0
F15.8 Trouble anxieux induit par 1' 292.89
F15.8 Trouble de l'humeur induit Par l' 292.84
F15.8 Trouble du sommeil induit par l' 292.89
F15.9 Trouble lié à l' NS 292.9
Trouble psychotique induit par l'
F15.52 avec hallucinations 292.11
F15.51 avec idées délirantes 292.12
F50.0 Anorexie mentale (Anorexia nervosa) 307.1
F60.2 Antisociale (Trouble de la personnalité) 301.7
F93.0 Anxiété de séparation (Trouble) 309.21
F41.1 Anxiété généralisée (Trouble) 300.02
Anxieux (Troubles)
F06.4 Anxieux (Trouble) dû à ... *[Indiquer 'affection médicale générale)* 293.84

F41.9 Anxieux (Trouble) NS 300.00
F81.9 Apprentissages (Trouble des) NS 315.9
F84.5 Asperger (Syndrome d') 299.80
Attachement (Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance) 313.89
F94.2 type désinhibé
F94.1 type inhibé
F84.0 Autistique (Trouble) 299.00
F98.5 Bégaiement
Bipolaire (Trouble)
Trouble bipolaire de type 1
Épisode le plus récent dépressif
F31.7 en rémission complète 296.56
F31.7 en rémission partielle 296.55
F31.3 léger 296.51
F31.3 moyen 296.52
F31.5 sévère avec caractéristiques psychotiques 296.53
F31.4 sévère sans caractéristiques psychotiques 296.54
F31.0 Épisode le plus récent hypomaniaque 296.40
Épisode le plus récent maniaque
F31.7 en rémission complète 296.46
F31.7 en rémission partielle 296.45
F31.1 léger 296.41
F31.1 moyen 296.42
F31.2 sévère avec caractéristiques psychotiques 296.43
F31.1 sévère sans caractéristiques psychotiques 296.44
F31.6 Épisode le plus récent mixte
en rémission complète 246.66
en rémission partielle 296.65
léger 296.61
moyen 296.62
sévère sans caractéristiques psychotiques 296.63
sévère avec caractéristiques psychotiques 296.64
F31.9 Épisode le plus récent non spécifié 296.80
Épisode maniaque isolé
F30.8 en rémission complète 296.06
F30.8 en rémission partielle 296.05
F30.1 léger 296.01
F30.1 moyen 296.02
F30.2 sévère avec caractéristiques psychotiques 296.03
F30.1 sévère sans caractéristiques psychotiques 296.04
F31.8 Trouble bipolaire II 296.89
F60.31 Borderline (Trouble de la personnalité) 301.83
F50.2 Boulimie (Bulimia nervosa) 307.51
Bref (Trouble psychotique) 298.8
F23.81 avec facteur(s) de stress marqué(s)
F23.80 sans facteur(s) de stress marqué(s)
Caféine
F15.00 Intoxication à la 305.90

F15.8 Trouble anxieux lié à la 292.89
F15.8 Trouble du sommeil lié à la 292.89
F15.9 Trouble lié à la NS 292.9
F81.2 Calcul (Trouble du) 315.1
Cannabis
F12.1 Abus 305.20
F12.03 Delirium par intoxication par le 292.81
Dépendance 340.30
F12.21 en environnement protégé
F12.24 légère/moyenne/grave
F12.20 rémission précoce, complète/partielle
F12.20 rémission prolongée, complète/partielle
F12.04 Intoxication avec perturbation des perceptions
F12.00 Intoxication par le 292.89
F12.8 Trouble anxieux induit par le 292.89
F12.9 Trouble lié au NS 292.9
Trouble psychotique induit par le
F12.52 avec hallucinations 292.12
F12.51 avec idées délirantes 292.11
F06.1 Catatonique (Trouble) dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 293.89
F51.5 Cauchemar (Trouble) 307.46
Cocaïne
F14.1 Abus 305.60
Dépendance 304.20
F14.21 en environnement protégé
F14.24 légère/moyenne/grave
F14.20 rémission précoce, complète/partielle
F14.20 rémission prolongée, complète, partielle
F14.8 Dysfonction sexuelle induite par la 292.89
F14.04 Intoxication avec perturbation des perceptions
F14.00 Intoxication par la 292.89
F14.3 Sevrage 292.0
F14.8 Trouble anxieux induit par la 292.89
F14.8 Trouble de l'humeur induit par la 292.84
F14.8 Trouble du sommeil induit par la 292.89
F14.9 Trouble lié à la NS 292.9
Trouble psychotique induit par la
F14.52 avec hallucinations 292.12
F14.51 avec idées délirantes 292.11
F06.9 Cognitif (Trouble) NS 294.9
Communication (Trouble de la)
F98.5 Bégaiement 307.0
F80.9 Non spécifié 307.9
F80.1 Trouble du langage de type expressif 315.31
F80.2 Trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif 315.32
F80.0 Trouble phonologique 315.39
Z72.8 Comportement antisocial de l'adulte V71.01
Z72.8 Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent V71.02

F91.9 Comportement perturbateur (Trouble) NS 312.9
F91.8 Conduites (Trouble des)
à début pendant l'enfance 312.81
à début pendant l'adolescence 312.82
à début non spécifié 312.89
Conversion (Trouble de) 300.11
F44.5 avec crises épileptiques ou convulsions
F44.4 avec symptôme ou déficit moteur
F44.6 avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel
F44.7 avec une présentation mixte
F82 Coordination (Trouble de l'acquisition de la) 315.4
F34.0 Cyclothymique (Trouble) 301.13
R41.8 Déclin cognitif lié à l'âge 780.9
Déficit de l'attention/hyperactivité (Trouble)
F90.0 Type combiné 314.01
F90.0 Type hyperactivité-impulsivité prédominante 314.01
F98.8 Type inattention prédominante 314.00
F90.9 Déficit de l'attention/hyperactivité, NS 314.9
F22.0 Délirant (Trouble) 297.1
Delirium
F05.0 Dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 293.0
F05.9 Non spécifié 780.09
F05.1 Surajouté à une Démence
Démence
Démence de type Alzheimer, à début précoce
F00.03 avec humeur dépressive
F00.01 avec idées délirantes
F00.00 non compliquée
sans perturbation du comportement 294.10
avec perturbation du comportement 294.11
Démence de type Alzheimer, à début tardif
F00.13 avec humeur dépressive
F00.11 avec idées délirantes
F00.10 non compliquée
F02.8 Démence due à ... *[Indiquer l'a/ médicale générale]*
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.8 Démence due à des étiologies multiples
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.1 Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.2 Démence due à la maladie de Huntington
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]

1. Code CIM-9-MC appliqué a partir du octobre 2000.

F02.3 Démence due à la maladie de Parkinson
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.0 Démence due à la maladie de Pick
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.4 Démence due à la maladie du VIH
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F02.8 Démence due à un traumatisme crânien
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F00.2 Démence, mixte, de type Alzheimer et de type vasculaire
sans perturbation du comportement 294.10 [1]
avec perturbation du comportement 294.11 [1]
F0.3 Démence NS 294.8
F60.7 Dépendante (Personnalité) 301.6
F48.1 Dépersonnalisation (Trouble) 300.6
Dépressif majeur (Trouble), Épisode isolé
F33.4 en rémission complète 296.26
F33.4 en rémission partielle 296.25
F33.0 léger 296.21
F33.1 moyen 296.22
F33.9 non spécifié 296.20
F33.3 sévère avec caractéristiques psychotiques 296.24
F33.2 sévère sans caractéristiques psychotiques 296.23
Dépressif majeur (Trouble), Récurrent
F32.4 en rémission complète 296.36
F32.4 en rémission partielle 296.35
F32.0 léger 296.31
F32.1 moyen 296.32
F32.9 non spécifié 296.30
F32.3 sévère avec caractéristiques psychotiques 296.34
F32.2 sévère sans caractéristiques psychotiques 296.33
F32.9 Dépressif (Trouble) NS 311
F84.3 Désintégratif (Trouble de l'enfance) 299.10
7.63.4 Deuil V62.82
Développement (Trouble envahissant du)
F84.9 Non spécifié (comprend l'autisme atypique) 299.80
R46.8 Diagnostic différé sur l'Axe II 799.9
R69 Diagnostic (ou affection) différé sur l'Axe I 799.9
Dissociatifs (Troubles)
F44.0 Amnésie dissociative 300.12
F48.1 Dépersonnalisation 300.6
F44.1 Fugue dissociative 300.13
F44.81 Trouble dissociatif de l'identité 300.14

1. Code CIM-9-MC appliqué à partir du 1er octobre 2000.

F44.9 Trouble NS 300.15
F45.4 Douloureux (Trouble)
associé à des facteurs psychologiques 307.80
associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale 307.89
G24.0 Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques 333.82
N94.1 Dyspareunie chez la femme due à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 625.0
N50.8 Dyspareunie chez l'homme due à *[Indiquer l'affection médicale générale]* 608.89
F52.6 Dyspareunie non due à une affection médicale générale 302.76
F51.9 Dyssomnie NS 307.47
F34.1 Dysthymique (Trouble) 300.4
T88.7 Effets secondaires d'un médicament NS 995.2
F52.4 Éjaculation précoce 302.75
R15 Encoprésie avec constipation et incontinence par débordement 787.6
F98.1 Encoprésie sans constipation ni incontinence par débordement 307.7
F98.9 Enfance (Trouble habituellement diagnostiqué pendant la première enfance, la deuxième
enfance ou l'adolescence) NS 313.9
F98.0 Énurésie (non due à une affection médicale générale) 307.6
F52.2 Érection chez l'homme (Trouble de l') 302.72
N48.4 Érection chez l'homme (Trouble de l') dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 607.8-i
F13.0 État de stress aigu 308.3
F43.1 État de stress post-traumatique 309.81
F60.6 Évitante (Personnalité) 301.82
F65.2 Exhibitionnisme 302.4
F63.8 Explosif intermittent (Trouble) 312.34
F80.1 Expressif (Trouble expressif du langage) 315.31
F81.8 Expression écrite (Trouble de l') 315.2
F54 Facteurs psychologiques influençant une affection médicale 316
F68.1 Factice (Trouble)
avec symptômes psychologiques prédominants 300.16
avec signes symptômes physiques prédominants 300.19
avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques 300.19
F68.1 Factice (Trouble) NS 300.19
F65.0 Fétichisme 302.81
R41.8 Fonctionnement intellectuel limite V12.89
F65.8 Frotteurisme 302.89
Hallucinogènes
F16.1 Abus 305.30
Delirium par intoxication par les 292.81
Dépendance 304.50
F16.21 en environnement protégé
F16.24 légère/moyenne/grave
F16.20 rémission précoce, complète/partielle
F16.20 rémission prolongée, complète/partielle

F16.00 Intoxication par les 292.89
F16.8 Trouble anxieux induit par les 292.81
F16.8 Trouble de l'humeur induit par les 292.84
F16.9 Trouble lié aux, NS 292.9
Trouble persistant des perceptions 292.89
Trouble psychotique induit par les
F16.52 avec hallucinations 292.12
F16.51 avec idées délirantes 292.11
F60.4 Histrionique (Personnalité) 301.50
Humeur (Trouble de l') dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 293.83
F06.32 avec caractéristiques dépressives
F06.30 avec caractéristiques maniaques
F06.33 avec caractéristiques mixtes
F06.32 avec Épisode d'allure de dépression majeure
F39 Humeur (Trouble de V) NS 296.90
F51.1 Hypersomnie liée à ... *[Indiquer le Trouble de* l'Axe *I ou de l'Axe II]* 307.44
F51.1 Hypersomnie primaire 307.44
F45.2 Hypocondrie 300.7
F93.8 Identité (Problème d') 313.82
Identité sexuelle (Trouble de l')
F64.0 Chez les adolescents ou les adultes 302.85
F64.2 Chez les enfants 302.6
F64.9 Non spécifié 302.6
F63.9 Impulsions (Trouble du contrôle des impulsions NS) 312.30
F51.0 Insomnie liée à ... *[Indiquer le Trouble de l'Axe I ou de l'Axe II]* 307.42
F51.0 Insomnie primaire 307.42
F63.0 Jeu pathologique 312.31
F63.2 Kleptomanie 312.32
F81.0 Lecture (Trouble de la) 315.00
F65.5 Masochisme sexuel 302.83
F09 Mental (Trouble) NS dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale* I 293.9
F99 Mental (Trouble) Non spécifié (non psychotique)
F98.2 Mérycisme 307.53
Mouvements (Trouble des mouvements induit par un médicament)
G25.1 Tremblement d'attitude induit par un médicament 333.1
G25.9 Trouble des mouvements induit par un médicament 333.90
F98.4 Mouvements stéréotypés (Trouble) 307.3
F94.0 Mutisme sélectif 312.23
F60.8 Narcissique (Personnalité) 301.81
G47.4 Narcolepsie 347
T74.0 Négligence envers un enfant (si le motif d'examen concerne la victime 995.52)
Neuroleptiques (Trouble induit par les)
G21.1 Akathisie aiguë 333.99
G24.0 Dyskinésie tardive 333.82
G24.0 Dystonie aiguë 333.7
G21.0 Parkinsonisme 332.1
G21.0 Syndrome malin des neuroleptiques 333.92
Nicotine (Trouble induit par la)

Dépendance 305.1
F17.21 en environnement protégé
F17.24 légère/moyenne/grave
F17.20 rémission précoce, complète/partielle
F17.20 rémission prolongée, complète/partielle
F17.22 sous traitement agoniste
F17.3 Sevrage 292.0
F17.9 Trouble lié à la, NS 292.9
Z91.1 Non-observance du traitement V15.81
F42.8 Obsessionnel-compulsif (Trouble) 300.3
F60.5 Obsessionnelle-compulsive (Personnalité) 301.4
Z56.7 Occupationnel (Problème) V62.2
Opiacés
F11.1 Abus 305.50
F11.03 Delirium par intoxication aux 292.81
Dépendance 304.00
F11.21 en environnement protégé
F11.24 légère/moyenne/grave
F11.20 rémission précoce, complète/partielle
F11.20 rémission prolongée, complète/partielle
F11.22 sous traitement agoniste
F11,8 Dysfonction sexuelle induite par les 292.89
F11.00 Intoxication par les 292.89
F11.04 Intoxication avec perturbations des perceptions
F11.3 Sevrage 292.0
F11.8 Trouble de l'humeur induit par les 292.84
F11.8 Trouble du sommeil induit par les 292.89
F11.9 Trouble lié aux, NS 292.9
Trouble psychotique induit par les
F11.52 avec hallucinations 292.12
F11.51 avec idées délirantes 292.11
F91.3 Oppositionnel avec provocation (Trouble) 313.81
Orgasme (Trouble de l')
F52.4 Éjaculation précoce 302.75
F52,3 Orgasme chez la femme (Trouble de 1') 302.73
F52.3 Orgasme chez l'homme (Trouble de l') 302.74
Panique (Trouble)
F40.01 Avec agoraphobie 300.21
F41.0 Sans agoraphobie 300.01
F60.0 Paranoïaque (Personnalité) 301.0
F65.9 Paraphilie NS 302.9
F51.8 Parasomnie NS 307.47
F65.4 Pédophilie 302.2
F07.0 Personnalité (Modification de la personnalité due à ... ***[Indiquer l'affection médicale générale]*** 310.1
F60.9 Personnalité (Trouble de la) NS 301.9
F45.2 Peur d'une dysmorphie corporelle 300.7
Phencyclidine
F19.1 Abus 305.90

F19.03 Delirium par intoxication à la 292.81
Dépendance 304.60
F19.21 en environnement protégé
F19.24 légère/moyenne/grave
F1920 rémission précoce, complète/partielle
F19.20 rémission prolongée, complète/partielle
F19.00 Intoxication à la 292.89
F19.04 Intoxication avec perturbations des perceptions
F19.8 Trouble anxieux induit par la 292.89
F19.8 Trouble de l'humeur induit par la 292.84
F19.9 Trouble lié à la, NS 292.9
Trouble psychotique induit par la
F19.52 avec hallucinations 292.12
F19.51 avec idées délirantes 292.11
F40.1 Phobie sociale 300.23
F40.2 Phobie spécifique 300.29
F80.0 Phonologique (Trouble) 315.39
F98.3 Pica 307.52
760.3 Problème d'acculturation V62.4
Z60.0 Problème en rapport avec une étape de la vie V62.89
763.8 Problème relationnel parent-enfant V61.20
Z55.8 Problème scolaire ou universitaire V62.3
756.7 Professionnel (Problème) V62.2
Psychotique (Trouble) dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F06.0 avec hallucinations 293.82
F06.2 avec idées délirantes 293.81
F29 Psychotique (Trouble) NS 298.9
F24 Psychotique (Trouble psychotique partagé) 297.3
F63.1 Pyromanie 312.33
Relationnel (Problème)
763.7 Lié à un trouble mental ou à une affection médicale générale V61.9
763.0 Problème relationnel avec le partenaire V61.10
F93.3 Problème relationnel dans la fratrie V61.8
763.8 Problème relationnel parent-enfant V61.20
763.1 Problème relationnel parent-enfant (si l'attention est centrée sur l'enfant)
Z63.9 Problème relationnel NS V62.81
Z71.8 Religieux ou spirituel (Problème) V62.89
G47.3 Respiration (Trouble du sommeil lié à la) 780.59
Retard mental
F70.9 Léger 317
F71.9 Moyen 318
F73.9 Profond 318.2
F72.9 Grave 318.1
F79.9 Sévérité non spécifiée 319
F84.2 Rett (Syndrome de) 299.80
F51.2 Rythme circadien (Trouble du sommeil lié au) 307.45
F65.5 Sadisme sexuel 302.84
Schizo-affectif (Trouble) 295.70

F25.0 Type bipolaire
F25.1 Type dépressif
F60.1 Schizoïde (Personnalité) 301.20
Schizophrénie
Type catatonique 295.20
F20.20 continue
F20.25 épisode isolé en rémission complète
F2024 épisode isolé en rémission partielle
F20.22 épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.23 épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20,28 autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.29 moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
Type désorganisé 295.10
F20.20 continue
F20.25 épisode isolé en rémission complète
F20.24 épisode isolé en rémission partielle
F20.22 épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.23 épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.28 autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.29 moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
Type indifférencié 295.90
F20.30 continue
F20.35 épisode isolé en rémission complète
F20.34 épisode isolé en rémission partielle
F20.32 épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.33 épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.38 autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.39 moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
Type paranoïde 295.30
F20.00 continue
F20.05 épisode isolé en rémission complète
F20.04 épisode isolé en rémission partielle
F20.02 épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.03 épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.08 autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.09 moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
Type résiduel 295.60
F20.50 continue
F20.55 épisode isolé en rémission complète
F20.54 épisode isolé en rémission partielle
F20.52 épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.53 épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.58 autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.59 moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale

F20.8 Schizophréniforme (Trouble) 295.40
F21 Schizotypique (Personnalité) 301.22
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.1 Abus 305.40
F13.03 Delirium par intoxication aux 292.81
F13.4 Delirium du sevrage aux 291.81
F13.73 Démence persistante induite par les 292.82
Dépendance 304.10
F13.21 en environnement protégé
F13.24 légère/moyenne/sévère
F13.20 rémission précoce, complète/partielle
F13.20 rémission prolongée, complète/partielle
F13.22 sous traitement agoniste
F13.8 Dysfonction sexuelle induite par les 292.89
F13.0 Intoxication par les 292.89
F13.3 Sevrage 292.0
F13.6 Trouble amnésique persistant induit par les 292.83
F13.8 Trouble anxieux induit par les 292.89
F13.8 Trouble de l'humeur induit par les 292.84
F13.8 Trouble du sommeil induit par les 292.89
F13.9 Trouble lié aux, NS 292.9
Trouble psychotique induit par les
F1352 avec hallucinations 292.12
F1351 avec idées délirantes 292.11
Sexuel (Trouble du désir)
F52.10 Aversion sexuelle (Trouble) 302.79
F52.0 Baisse du désir sexuel (Trouble) 302.71
B94.8 Baisse du désir sexuel chez la femme due à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 625.8
N50.8 Baisse du désir sexuel chez l'homme dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 608.89
Sexuelle (Troubles de l'excitation)
F52.2 Trouble de l'érection chez l'homme 302.72
N48.4 Trouble de l'érection dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 607.84
F52.2 Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme 302.72
Sexuelle (Autre Dysfonction)
N94.8 chez la femme, due à ... *[Indiquer l'affection médicale générale)* 625.8
N50.8 chez l'homme, dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* 608.89
F52.9 dysfonction NS 302.70
Orgasme (Trouble de
F52.4 Éjaculation précoce 302.75
F52.3 Trouble de l'orgasme chez la femme 302.73
F52.3 'Trouble de l'orgasme chez l'homme 302.74
Z76.5 Simulation V65.2
Solvants volatils
F18.1 Abus 305.90

F18.03 Delirium par intoxication par les 292.81
Dépendance 304.60
F18.21 en environnement protégé
F18.24 légère/moyenne/grave
F1820 rémission précoce, complète/partielle
F18.20 rémission prolongée, complète/partielle
F18.73 Démence persistante induite par les 292.82
F18.00 Intoxication par les 292.89
F18.8 Trouble anxieux induit par les 292.89
F18.8 Trouble de l'humeur induit par les 292.84
F18.9 Trouble lié aux, NS 292.9
Trouble psychotique induit par les
F18.52 avec hallucinations 292.12
F18.51 avec idées délirantes 292.11
F45.0 Somatisation (Trouble) 300.81
F45.1 Somatoforme (Trouble) indifférencié 300.82
F45.9 Somatoforme (Trouble) NS 300.82
Sommeil (Trouble du) dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*
G47.1 Type hypersomnie 780.54
G47.0 Type insomnie 780.52
G47.8 Type mixte 780.59
G47.8 Type parasomnie 780.59
F51.3 Somnambulisme 307.46
Substance, autre ou inconnue
F19.1 Abus 305.90
F19.03 Delirium induit par une 292.81
Dépendance 304.90
F19.21 en environnement protégé
F19.24 légère/moyenne/grave
F19.20 rémission précoce, complète/partielle
F19.20 rémission prolongée, complète/partielle
F19.22 sous traitement agoniste
F19.8 Dysfonction sexuelle induite par une 292.89
F19.00 Intoxication par une 292.89
F19.04 Intoxication avec perturbations des perceptions
F19.3 Sevrage 292.0
F19.8 Trouble anxieux induit par une 292.89
F19.8 Trouble de l'humeur induit par une 292.84
F19.8 Trouble (lu sommeil induit par une 292.89
F19.9 Trouble lié à une, NS 292.9
Trouble psychotique induit par une
F19.52 avec hallucinations 292.12
F19.51 avec idées délirantes 292.11
Substances multiples (Trouble lié à des)
Dépendance à des substances multiples 304.80
F19.21 en environnement protégé
F19.24 légère/moyenne/grave
F19.20 rémission précoce, complète/partielle

F19.20 rémission prolongée, complète/partielle
F19.22 sous traitement agoniste
G21.0 Syndrome malin des neuroleptiques 333.92
F51.4 Terreurs nocturnes (Trouble) 307.46
F95.1 Tic moteur ou vocal chronique 307.22
F95.9 Tic NS 307.20
F95.0 Tic transitoire 307.21
F95.2 Tourette (Syndrome de Gilles de la) 307.23
F65.1 Transvestisme fétichiste 302.3
F63.3 Trichotillomanie 312.39
F52.5 Vaginisme (non dû à une affection médicale générale) 306.51
Vasculaire (Démence)
F01.xx avec delirium 290.41
F01.83 avec humeur dépressive 290.43
F01.81 avec idées délirantes 290.42
F01.80 non compliquée 290.40
F65.3 Voyeurisme 302.82

Annexe F

Liste numérique des diagnostics et des codes du DSM-IV-TR avec les codes de la CIM-10

Pour maintenir la compatibilité avec la CIM-10 certains diagnostics partagent les mêmes numéros de code. Ils sont indiqués dans cette liste par des crochets.

NS = Non spécifié.

F00.00 Démence de type Alzheimer, à début précoce, non compliquée
F00.01 Démence de type Alzheimer, à début précoce, avec idées délirantes
F00.03 Démence de type Alzheimer, à début précoce, avec humeur dépressive

F00.10 Démence de type Alzheimer, à début tardif, non compliquée
F00.11 Démence de type Alzheimer, à début tardif, avec idées délirantes
F00.13 Démence de type Alzheimer, à début tardif, avec humeur dépressive

F00.2 Démence de type mixte, Alzheimer et vasculaire
F01.x0 Démence vasculaire, non compliquée
F01.x1 Démence vasculaire, avec idées délirantes
F01.x3 Démence vasculaire, avec humeur dépressive
F02.0 Démence due à la maladie de Pick
F02.1 Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob
F02.2 Démence due à la maladie de Huntington
F02.3 Démence due à la maladie de Parkinson
F02.4 Démence duc à la maladie du VIH
F02.8 Démence due à un traumatisme crânien
F02.8 Démence due à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F02.8 Démence due à des étiologies multiples
F03 Démence NS
F04 Trouble amnésique dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*

---

1. N.d.T. : Dans la version nationale américaine du DSM-IV-TR, la liste numérique des codes diagnostiques va de 290.40 Démence vasculaire, non compliquée, à V71.09 Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe I. Nous avons retenu dans la version française le classement numérique des diagnostics (lu DSM-IV-TR selon les codes de la CIM-10 et non selon ceux de la CIM-9-MC.

F05.0 Delirium dû à … *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F05.1 Delirium surajouté à une Démence
F05.9 Delirium NS
F06.0 Trouble psychotique dû à … *[Indiquer [affection médicale générale]* avec hallucinations
F06.1 Trouble catatonique dû à … *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F06.2 Trouble psychotique dû à … *[Indiquer [affection médicale générale]* avec idées délirantes
F06.30 Trouble de l'humeur dû à … *[Indiquer [affection médicale générale]* avec caractéristiques maniaques
F06.32 Trouble de l'humeur dû à … *[Indiquer l'affection médicale générale]* avec caractéristiques dépressives
F06.32 Trouble de l'humeur dû à … *[Indiquer l'affection médicale générale]* avec Épisode d'allure de dépression majeure
F06.33 Trouble de l'humeur dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]* avec caractéristiques mixtes
F06.4 Trouble anxieux dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F06.7 Trouble neuro-cognitif léger
F06.8 Dysfonction sexuelle due à … *[Indiquer [affection médicale générale]*
F06.9 Trouble cognitif NS
F07.0 Modification de la personnalité due à … *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F07.2 Trouble post-commotionnel
F09 Trouble mental NS dû à ... *[Indiquer l'affection médicale générale]*
F10.00 Intoxication alcoolique
F10.03 Delirium, par intoxication alcoolique
F10.1 Abus d'alcool
F10.20 Dépendance alcoolique, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F10.20 Dépendance alcoolique, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F10.21 Dépendance alcoolique, en environnement protégé
F10.22 Dépendance alcoolique, sous traitement agoniste
F10.24 Dépendance alcoolique, légère/moyenne/grave
F10.3x Sevrage alcoolique
F10.4x Delirium du sevrage alcoolique
F10.51 Trouble psychotique induit par l'alcool, avec idées délirantes
F10.52 Trouble psychotique induit par l'alcool, avec hallucinations
F10.6 Trouble amnésique persistant induit par l'alcool
F10.73 Démence persistante induite par l'alcool
F10.8 Trouble anxieux induit par l'alcool
F10.8 Trouble de l'humeur induit par l'alcool
F10.8 Dysfonction sexuelle induite par l'alcool
F10.8 Trouble du sommeil induit par l'alcool
F10.9 Trouble lié à l'alcool, NS
F11.00 Intoxication aux opiacés
F11.03 Delirium par intoxication aux opiacés
F11.04 Intoxication aux opiacés, avec perturbations des perceptions
F11.1 Abus d'opiacés

F1120 Dépendance aux opiacés, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F11.20 Dépendance aux opiacés, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F11.21 Dépendance aux opiacés, en environnement protégé
F11.22 Dépendance aux opiacés, sous traitement agoniste
F11.24 Dépendance aux opiacés, légère/moyenne/grave
F11.3x Sevrage aux opiacés
F11.51 Trouble psychotique induit par les opiacés, avec idées délirantes
F11.52 Trouble psychotique induit par les opiacés, avec hallucinations
F11.8 Trouble de l'humeur induit par les opiacés
F11.8 Dysfonction sexuelle induite par les opiacés
F11.8 Trouble du sommeil induit par les opiacés
F11.9 Trouble lié aux opiacés, NS
F12.00 Intoxication au cannabis
F12.03 Delirium par intoxication au cannabis
F12.04 Intoxication au cannabis, avec perturbations des perceptions
F12.1 Abus de cannabis
F12.20 Dépendance au cannabis, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F12.20 Dépendance au cannabis, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F12.21 Dépendance au cannabis, en environnement protégé
F12.24 Dépendance au cannabis, légère/moyenne/grave
F12.51 Trouble psychotique induit par le cannabis, avec idées délirantes
F12.52 Trouble psychotique induit par le cannabis, avec hallucinations
F12.8 Trouble anxieux induit par le cannabis
F12.9 Trouble lié au cannabis, NS
F13.00 Intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.03 Delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.1 Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.20 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F13.20 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F13.21 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, en environnement protégé
F1322 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, sous traitement agoniste
F13.24 Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, légère/moyenne/grave
F13.3x Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.4 Delirium du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.51 Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques avec idées délirantes
F13.52 Trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, avec hallucinations
F13.6 Trouble amnésique persistant induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

F13.73 Démence persistante induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
___F13.8 Trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.8 Trouble de l'humeur induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.8 Dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
___F13.8 Trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
F13.9 Trouble lié aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, NS
F14.00 intoxication à la cocaïne
F14.03 Delirium, par intoxication à la cocaïne
F14.04 Intoxication à la cocaïne, avec perturbations des perceptions
F14.1 Abus de cocaïne
___F14.20 Dépendance à la cocaïne, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
___F14.20 Dépendance à la cocaïne, rémission prolongée complète /rémission prolongée partielle
F14.21 Dépendance à la cocaïne, en environnement protégé
F14.24 Dépendance à la cocaïne, légère/moyenne/grave
F14.3x Sevrage à la cocaïne
F14.51 Trouble psychotique induit par la cocaïne, avec idées délirantes
F14.52 Trouble psychotique induit par la cocaïne, avec hallucinations
___F14.8 Trouble anxieux induit par la cocaïne
F14.8 Trouble de l'humeur induit par la cocaïne
F14.8 Dysfonction sexuelle induite par la cocaïne
___F14.8 Trouble du sommeil induit par la cocaïne
F14.9 Trouble lié à la cocaïne, NS
___F15.00 Intoxication à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)
___-F15.00 Intoxication à la caféine
F15.03 Delirium par intoxication à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)
F15.04 Intoxication à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques) avec perturbations des perceptions
F15.1 Abus d'amphétamine (ou d'amphétaminiques)
___F15.20 Dépendance à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques), rémission précoce complète/rémission précoce partielle
___F15.20 Dépendance à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques), rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F15.21 Dépendance à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques), en environnement protégé
F15.24 Dépendance à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques), légère/moyenne/grave
F15.3x Sevrage à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)
F15.51 Trouble psychotique par l'amphétamine (ou les amphétaminiques), avec idées délirantes
F15.52 Trouble psychotique par l'amphétamine (ou les amphétaminiques), avec hallucinations
___F15.8 Trouble anxieux induit par l'amphétamine (ou les amphétaminiques)
F15.8 Trouble de l'humeur induit par l'amphétamine (ou les amphétaminiques)
F15.8 Dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine (ou les amphétaminiques)
F15.8 Trouble du sommeil induit par l'amphétamine (ou les amphétaminiques)
F15.8 Trouble anxieux induit par la caféine
___F15.8 Trouble du sommeil induit par la caféine

F15.9 Trouble lié à l'amphétamine (ou les amphétaminiques)
F15.9 Trouble lié à la caféine, NS
F16.00 Intoxication aux hallucinogènes
F16.03 Delirium par intoxication aux hallucinogènes
F16.1 Abus d'hallucinogènes
F16.20 Dépendance aux hallucinogènes, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F16.20 Dépendance aux hallucinogènes, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F16.21 Dépendance aux hallucinogènes, en environnement protégé
F16.24 Dépendance aux hallucinogènes, légère/moyenne/grave
F16.51 Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, avec idées délirantes
F16.52 Trouble psychotique induit par les hallucinogènes, avec hallucinations
F16.70 Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes
F16.8 Trouble anxieux induit par les hallucinogènes
F16.8 Trouble de l'humeur induit par les hallucinogènes
F16.9 Trouble lié aux hallucinogènes, NS
F17.20 Dépendance à la nicotine, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F17.20 Dépendance à la nicotine, rémission prolongée complète /rémission prolongée partielle
F17.21 Dépendance à la nicotine, en environnement protégé
F1722 Dépendance à la nicotine, sous traitement agoniste
F17.24 Dépendance à la nicotine, légère/moyenne/grave
F17.3x Sevrage à la nicotine
F17.9 Trouble lié à la nicotine, NS
F18.00 Intoxication par des solvants volatils
F18.03 Delirium par intoxication par des solvants volatils
F18.1 Abus de solvants volatils
F18.20 Dépendance à des solvants volatils, rémission complète précoce/rémission partielle précoce
F18.20 Dépendance à des solvants volatils, rémission complète prolongée/rémission partielle prolongée
F18.21 Dépendance à des solvants volatils, en environnement protégé
F18.24 Dépendance à des solvants volatils, légère/moyenne/sévère
F18.51 Trouble psychotique induit par des solvants volatils, avec idées délirantes
F18.52 Trouble psychotique induit par des solvants volatils, avec hallucinations
F18.73 Démence persistante induite par des solvants volatils
F18.8 Trouble anxieux induit par des solvants volatils
F18.8 Trouble de l'humeur induit par des solvants volatils
F18.9 Trouble lié à des solvants volatils, NS
F19.00 Intoxication par une substance autre (ou inconnue)
F19.00 Intoxication à la phencyclidine (ou une substance similaire)
F19.03 Delirium induit par une substance autre (ou inconnue)
F19.03 Delirium induit par la phencyclidine (ou une substance similaire)
F19.04 Intoxication par une substance autre (ou inconnue) avec perturbations des perceptions
F19.04 Intoxication par la phencyclidine (ou une substance similaire) avec perturbations des perceptions

F19.1 Abus d'une substance autre (ou inconnue)
F19.1 Abus de phencyclidine (ou d'une substance similaire)
F19.20 Dépendance à une substance autre (ou inconnue), rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F19.20 Dépendance à une substance autre (ou inconnue), rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F19.20 Dépendance à la phencyclidine (ou une substance similaire), rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F19.20 Dépendance à la phencyclidine (ou une substance), rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F19.20 Dépendance à plusieurs substances, rémission précoce complète/rémission précoce partielle
F19.20 Dépendance à plusieurs substances, rémission prolongée complète/rémission prolongée partielle
F19.21 Dépendance à une substance autre (ou inconnue), en environnement protégé
F19.21 Dépendance à la phencyclidine (ou une substance similaire), en environnement protégé
F19.21 Dépendance à plusieurs substances, en environnement protégé
F19.22 Dépendance à une substance autre (ou inconnue), sous traitement agoniste
F19.24 Dépendance à une substance autre (ou inconnue) légère/moyenne/grave
F19.24 Dépendance à la phencyclidine (ou à une substance similaire), légère/moyenne/grave
F19.24 Dépendance à plusieurs substances, légère, moyenne, grave
F19.3x Sevrage à une substance autre (ou inconnue)
F19.4 Delirium induit par une substance autre (ou inconnue) avec début pendant le sevrage
F19.51 Trouble psychique induit par une substance autre (ou inconnue), avec idées délirantes
F19.51 Trouble psychotique induit par la phencyclidine (ou une substance similaire) avec idées délirantes
F19.52 Trouble psychotique induit par une substance autre (ou inconnue) avec hallucinations
F19.52 Trouble psychotique induit par la phencyclidine (ou une substance similaire) avec hallucinations
F19.6 Trouble amnésique persistant induit par une substance autre (ou inconnue)
F19.73 Démence persistante, induite par une substance autre (ou inconnue)
F19.8 Trouble anxieux induit par une substance autre (ou inconnue)
F19.8 Trouble de l'humeur induit par une substance autre (ou inconnue)
F19.8 Dysfonction sexuelle induite par une substance autre (ou inconnue)
F19.8 Trouble du sommeil induit par une substance autre (ou inconnue)
F19.8 Trouble anxieux induit la phencyclidine (ou une substance similaire)
F19.8 Trouble de l'humeur induit par la phencyclidine (ou une substance similaire)
F19.9 Trouble dû à une substance autre (ou inconnue)
F19.9 Trouble lié à la phencyclidine (ou à une substance similaire)
F20.00 Schizophrénie, type paranoïde continue
F20.02 Schizophrénie, type paranoïde, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes

F20.03 Schizophrénie, type paranoïde, épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.04 Schizophrénie, type paranoïde, épisode isolé, en rémission partielle
F20.05 Schizophrénie, type paranoïde, épisode isolé, en rémission complète
F20.08 Schizophrénie, type paranoïde, autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.09 Schizophrénie, type paranoïde, moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
F20.10 Schizophrénie, type désorganisé, continue
F20.12 Schizophrénie, type désorganisé, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.13 Schizophrénie, type désorganisé, épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.14 Schizophrénie, type désorganisé, épisode isolé, en rémission partielle
F20.15 Schizophrénie, type désorganisé, épisode isolé, en rémission complète
F20.18 Schizophrénie, type désorganisé, autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.19 Schizophrénie, type désorganisé, moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
F20.20 Schizophrénie type catatonique, continue
F20.22 Schizophrénie type catatonique, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.23 Schizophrénie type catatonique, sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.24 Schizophrénie type catatonique, épisode isolé en rémission partielle
F20.25 Schizophrénie type catatonique, épisode isolé, en rémission complète
F20.28 Schizophrénie type catatonique, autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.29 Schizophrénie type catatonique, moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
F20.30 Schizophrénie type indifférencié, continue
F20.32 Schizophrénie type indifférencié, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.33 Schizophrénie type indifférencié, épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.34 Schizophrénie type indifférencié, épisode isolé en rémission partielle
F20.35 Schizophrénie type indifférencié, épisode isolé en rémission complète
F20.38 Schizophrénie type indifférencié, autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié
F20.39 Schizophrénie type indifférencié, moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
F20.50 Schizophrénie type résiduel, continue
F20.52 Schizophrénie type résiduel, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes
F20.53 Schizophrénie type résiduel, épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes
F20.54 Schizophrénie type résiduel, épisode isolé en rémission partielle
F20.55 Schizophrénie type résiduel, épisode isolé en rémission complète
F20.58 Schizophrénie type résiduel, autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié

F20.59 Schizophrénie type résiduel, moins d'une année depuis le début des symptômes de la phase active initiale
F20.8 Trouble schizophréniforme
F22.0 Trouble délirant
F23.80 Trouble psychotique bref, sans facteurs de stress marqués
F23.81 Trouble psychotique, avec facteurs de stress marqués
F24 Trouble psychotique partagé
F25.0 Trouble schizo-affectif type bipolaire
F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif
F29 Trouble psychotique NS
F30.1 Trouble bipolaire I, épisode maniaque isolé, léger
F30.1 Trouble bipolaire I, épisode maniaque isolé, moyen
F30.1 Trouble bipolaire 1, épisode maniaque isolé, sévère sans caractéristiques psychotiques
F30.2 Trouble bipolaire I, épisode maniaque isolé, sévère avec caractéristiques psychotiques
F30.8 Trouble bipolaire I, épisode maniaque isolé, en rémission complète
F30.8 Trouble bipolaire I, épisode maniaque isolé, en rémission partielle
F30.9 Épisode maniaque isolé, sans précision
F31.0 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent hypomaniaque
F31.1 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, léger
F31.1 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, moyen
F31.1 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, sévère sans caractéristiques psychotiques
F31.2 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, sévère avec caractéristiques psychotiques
F31.3 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif, léger
F31.3 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif, moyen
F31.4 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif, sévère sans caractéristiques psychotiques
F31.5 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif, sévère avec caractéristiques psychotiques
F31.6 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent mixte
F31.7 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif en rémission complète
F31.7 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent dépressif en rémission partielle
F31.7 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, en rémission complète
F31.7 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque, en rémission partielle
F31.8 Trouble bipolaire II
F31.9 Trouble bipolaire I NS
F31.9 Trouble bipolaire I, épisode le plus récent non spécifié
F32.0 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, léger
F32.1 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, moyen
F32.2 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère sans caractéristiques psychotiques
F32.3 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère avec caractéristiques psychotiques
F32.4 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission complète
F32.4 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle
F32.9 Trouble dépressif NS
F32.9 Trouble dépressif majeur, épisode isolé, non spécifié

F33.0 Trouble dépressif majeur, récurrent, léger
F33.1 Trouble dépressif majeur, récurrent, moyen
F33.2 Trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques
F33.3 Trouble dépressif majeur, récurrent, sévère avec caractéristiques psychotiques
___F33.4 Trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission complète
___F33.4 Trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle
F33.9 Trouble dépressif majeur, récurrent, non spécifié
F34.0 Trouble cyclothymique
F34.1 Trouble dysthymique
F39 Trouble de l'humeur NS
F40.00 Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique
F40.01 Trouble 'panique avec agoraphobie
F40.1 Phobie sociale
F40.2 Phobie spécifique
F41.0x Trouble panique sans agoraphobie
F41.1 Anxiété généralisée
F41.9 Trouble anxieux NS
F42.x Trouble obsessionnel-compulsif
F43.0 État de stress aigu
F43.1 État de stress post-traumatique
F43.20 Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, réaction dépressive brève
F43.21 Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, réaction dépressive prolongée
F43.22 Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive
F43.24 Trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites
F43.25 Trouble de l'adaptation avec perturbation à la fois des émotions et des conduites
F43.28 Trouble de l'adaptation, avec anxiété
F43.9 Trouble de l'adaptation, non spécifié
F44.0 Amnésie dissociative
F44.1 Fugue dissociative
F44.2 Stupeur dissociative
F44.3 État de transe dissociatif
F44.4 Trouble de conversion, avec symptôme ou déficit moteur
F44.5 Trouble de conversion, avec crises épileptiques ou convulsions
F44.6 Trouble de conversion, avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel
F44.7 Trouble de conversion, avec présentation mixte
F44.80 Syndrome de Ganser
F44.81 Trouble dissociatif de l'identité
F44.9 Trouble dissociatif, NS
F45.0 Somatisation
F45.1 Trouble somatoforme indifférencié
___F45.2 Peur d'une dysmorphie corporelle
___F45.2 Hypocondrie
F45.4 Trouble douloureux
F45.9 Trouble somatoforme NS

F48.1 Dépersonnalisation
F50.0 Anorexie mentale *(Anorexies nervosa)*
F50.2 Boulimie *(Bulimia nervosa)*
F50.x Trouble de l'alimentation NS
___F51.0 Insomnie liée à ... *[Indiquer le Trouble de l'Axe I ou de l'Axe II[*
___F51.0 Insomnie primaire
___F51.1 Hypersomnie liée à ... *[Indiquer le Trouble de l'Axe I ou de l'Axe*
___F51.1 Hypersomnie primaire
F51.2 Trouble du sommeil lié au rythme circadien
F51.3 Somnambulisme
F51.4 Terreurs nocturnes
F51.5 Cauchemars
F51.9 Parasomnie NS
F51.9 Dyssomnie NS
F52.0 Baisse du désir sexuel
F52.10 Trouble : aversion sexuelle
I-F52.2 Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme
___F52.2 Trouble de l'érection chez l'homme
___F52.3 Trouble de l'orgasme chez la femme
___F52.3 Trouble de l'orgasme chez l'homme
F52.4 Éjaculation précoce
F52.5 Vaginisme (non dû à une affection médicale générale)
F52.6 Dyspareunie (non due à une affection médicale générale)
___F52.9 Trouble sexuel NS
___F52.9 Dysfonction sexuelle NS
F54 Facteurs psychologiques influençant une affection médicale
F60.0 Personnalité paranoïaque
F60.1 Personnalité schizoïde
F60.2 Personnalité antisociale
F60.31 Personnalité borderline
F60.4 Personnalité histrionique
F60.5 Personnalité obsessionnelle-compulsive
F60.6 Personnalité évitante
F60.7 Personnalité dépendante
F60.8 Personnalité narcissique
F60.9 Trouble de la personnalité NS
F63.0 Jeu pathologique
F63.1 Pyromanie
F63.2 Kleptomanie
F63.3 Trichotillomanie
F63.8 Trouble explosif intermittent
F63.9 Trouble du contrôle des impulsions NS
F64.0 Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents ou les adultes
F64.2 Trouble de l'identité sexuelle chez les enfants
F64.9 Trouble de l'identité sexuelle NS
F65.0 Fétichisme
F65.1 Transvestisme fétichiste
F65.2 Exhibitionnisme
F65.3 Voyeurisme

F65.4 Pédophilie
F65.5 Masochisme sexuel
F65.5 Sadisme sexuel
F65.8 Frotteur isme
F65.9 Paraphilie NS
F68.1 Trouble factice
F68.1 Trouble factice NS
F70.x Retard mental léger
F71.x Retard mental moyen
F72.x Retard mental grave
F73.x Retard mental profond
F79.x Retard mental, sévérité non spécifiée
F80.0 Trouble phonologique
F80.1 Trouble du langage de type expressif
F80.2 Trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif
F80.9 Trouble de la communication NS
F81.0 Trouble de la lecture
F81.2 Trouble du calcul
F81.8 Trouble de l'expression écrite
F81.9 Trouble des apprentissages NS
F82 Trouble de l'acquisition de la coordination
F84.0 Trouble autistique
F84.1 Autisme atypique
F84.2 Syndrome de Rett
F84.3 Trouble désintégratif de l'enfance
F84.5 Syndrome d'Asperger
F84.9 Trouble envahissant du développement, NS
F89 Trouble du développement psychologique, sans précision
F90.0 Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte
F90.0 Déficit de Pattention/hyperactivité, type hyperactivité/impulsivité prédominante
F90.0 Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante
F90.9 Déficit de l'attention/hyperactivité, NS
F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation
F91.x Trouble des conduites
F91.9 Trouble comportement perturbateur NS
F93.0 Anxiété de séparation
F93.3 Problème relationnel dans la fratrie
F93.8 Problème d'identité
F94.0 Mutisme sélectif
F94.1 Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance, type inhibé
F94.2 Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance, type désinhibé
F95.0 Tic transitoire
F95.1 Tic moteur ou vocal chronique
F95.2 Syndrome de Gilles de la Tourette
F95.9 Tic, NS
F98.0 Énurésie (non due 4 une affection médicale générale)

F98.1 Encoprésie, sans constipation ni incontinence par débordement
F98.2 Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance
F98.2 Mérycisme
F98.3 Pica
F98.4 Mouvements stéréotypés
F98.5 Bégaiement
F98.8 Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante
F98.9 Trouble de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence NS
F99 Trouble mental non spécifié (non psychotique)
G21.0 Syndrome malin des neuroleptiques
G21.1 Parkinsonisme induit par les neuroleptiques
G21.1 Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques
G24.0 Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques
G24.0 Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques
G25.1 Tremblement d'attitude induit par un médicament
G25.9 Trouble des mouvements induit par un médicament NS
G47.0 Trouble du sommeil dû à … ***[Indiquer l'affection médicale générale],*** type insomnie
G47.1 Trouble du sommeil dû à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]*** type hypersomnie
G47.3 Trouble du sommeil lié à la respiration
G47.4 Narcolepsie
G47.8 Trouble du sommeil dû à … ***[Indiquer l'affection médicale générale],*** type mixte
G47.8 Trouble du sommeil dû à … ***[Indiquer l'affection médicale générale],*** type parasomnie
N48.4 Trouble de l'érection chez l'homme dû à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N50.8 Dyspareunie chez l'homme due à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N50.8 Baisse du désir sexuel chez l'homme due *à* ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N50.8 Autre Dysfonction sexuelle chez l'homme due à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N94.] Dyspareunie chez la femme due à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N94.8 Baisse du désir sexuel chez la femme due à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
N94.8 Autre Dysfonction sexuelle chez la femme due à … ***[Indiquer l'affection médicale générale]***
R15 Encoprésie avec constipation et incontinence par débordement
R41.3 Trouble amnésique NS
R41.8 Déclin cognitif lié à l'âge
R41.8 Fonctionnement intellectuel limite
R46.8 Diagnostic différé sur l'Axe II
R69 Diagnostic ou affection différé sur l'Axe I
T74.0 Négligence envers un enfant
T74.1 Abus physique d'un adulte
T74.1 Abus physique d'un enfant

T74.2	Abus sexuel d'un adulte
T74.2	Abus sexuel d'un enfant
T88.7	Effets secondaires d'un médicament NS
703.2	Absence de diagnostic sur l'Axe II
Z03.2	Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe I
755.8	Problème scolaire ou universitaire
7567	Problème professionnel
Z60.0	Problème en rapport avec une étape de la vie
Z60.3	Problème lié à l'acculturation
Z63.0	Problème relationnel avec le partenaire
Z63.1	Problème relationnel parent-enfant (si le motif de l'examen concerne l'enfant)
763.4	Deuil
763.7	Problème relationnel lié à un Trouble mental ou à une affection médicale générale
263.8	Problème relationnel parent-enfant
763.9	Problème relationnel NS
771.8	Problème religieux ou spirituel
Z72.8	Comportement antisocial de l'adulte
Z72.8	Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent
776.5	Simulation
791.1	Non observance du traitement

Annexe G

Codes CIM-9-MC pour une sélection d'affections médicales générales et de Troubles induits par un médicament

Mise à jour pour inclure les codes CIM-9-MC appliqués à partir du 1er octobre 2000

Le système officiel de codage lors de la publication du DSM-IV est la 9e révision de la *Classification internationale des maladies,* modifications cliniques (CIM-9-MC). Cette annexe contient deux sections destinées à faciliter le codage selon la CIM-9 MC avec :

1) des codes pour une sélection d'affections médicales générales et,
2) des codes pour les troubles induits par un médicament.

Codes CIM-9-MC pour une sélection d'affections médicales générales

Les codes dont l'utilisation est prévue sur les Axes I et II du DSM-IV ne représentent qu'une petite partie des codes figurant dans la CIM-9-MC. Diverses affections classées ailleurs que dans le chapitre des « Troubles mentaux » de la CIM-9-MC s'avèrent aussi importantes pour le diagnostic clinique et la prise en charge clans les centres de santé mentale. L'Axe III est destiné à faciliter l'enregistrement de ces affections. Une sélection d'affections médicales générales utiles pour le diagnostic et la prise en charge clans les centres de santé mentale figure dans cette annexe pour aider le clinicien à trouver les codes de la CIM-9-MC (voir p. 35). Cette dernière permet une spécificité diagnostique qui va, en fait, au-delà de celle de nombreux codes de cette annexe (p. ex. pour indiquer une localisation anatomique précise ou l'existence d'une complication particulière). Lorsqu'une spécificité importante figure au 5c chiffre du code, le code le moins spécifique (habituellement « 0 ») est celui qui a été retenu. Par exemple, le code d'un lymphosarcome (de localisation non spécifiée) est 200.10. Une plus grande spécificité concernant la localisation anatomique peut être obtenue avec d'autres 5c chiffres, par exemple 200.12 : lymphosarcome, nodules intrathoraciques. Parfois, c'est au niveau du 4' chiffre du code que figure la spécificité diagnostique. Cette annexe propose souvent la catégorie « sans précision » (p. ex., 555.9 correspond à l'entérite régionale. La CIM-9-MC prévoit aussi 555.0 pour l'entérite de l'intestin grêle, 551.1 pour l'entérite du gros intestin et 552.2 pour l'entérite impliquant les deux localisations). Les codes diagnostiques pour lesquels une spécificité diagnostique plus importante est disponible sont indiqués clans cette annexe à l'aide d'un astérisque (*). Les cliniciens intéressés par un tel enregistrement doivent consulter la liste complète des codes publiés dans la classification des maladies CIM-9-MC : soit sous forme de tableaux (volume 1), soit sous forme d'index alphabétique (volume 2). Ces documents sont remis à jour chaque année, au mois d'octobre et sont publiés par les services du ministère de la Santé (US'

Department of Health and Human Services). Il est possible de les obtenir soit auprès du *Superintendent of Documents, US Government Printing Office* soit auprès de nombreux éditeurs privés.

N.-B. : Un astérisque (*) suivant le code CIM-9 MC indique qu'une plus grande spécificité diagnostique (p. ex. une complication particulière ou une localisation donnée) est possible. Se référer aux Maladies de la CIM-9 MC. Tableaux (volume 1) des listes numériques des codes pour des informations complémentaires.

Maladies du système nerveux

324.0	Abcès intracrânien
331.0	Alzheimer (maladie d')
437.0	Artériosclérose cérébrale
436	Apoplexie
334.3	Ataxie cérébelleuse
435.9*	Attaque d'ischémie, transitoire
354.4	Causalgie
346.20	Céphalée (cluster)
333.4	Chorée de Huntington
850.9	Commotion cérébrale
851.80*	Contusion cérébrale
350.2	Douleur de la face, atypique
359.1	Dystrophie musculaire de Duchenne
049.9*	Encéphalite virale
572.2	Encéphalopathie hépatique
437.2	Encéphalopathie hypertensive
348.3*	Encéphalopathie, sans précision
345.10*	Epilepsie, grand mal
345.40*	Epilepsie partielle, avec altération de la conscience (lobe temporal)
345.50*	Epilepsie partielle, sans altération de la conscience (Jacksonnienne)
345.00*	Epilepsie, petit mal (absences)
345.70	Epilepsie temporale
345.3	Etat de grand mal
345.2	Etat de petit mal
432.0	Hémorragie extradurale non traumatique
852.40*	Hémorragie extradurale traumatique
431	Hémorragie intracérébrale non traumatique
430	Hémorragie sous-arachnoïdienne
852.00	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
432.1	Hémorragie sous-durale non traumatique
852.20*	Hémorragie sous-durale traumatique
331.3	Hydrocéphalie communicante
331.4	Hydrocéphalie occlusive
348.2	Hypertension intracrânienne bénigne
046.0	Kuru
046.2	Leuco-encéphalite sclérosante subaiguë
046.3	Leuco-encéphalopathie progressive multifocale
330.1	Lipidose cérébrale
463	Maladie cérébrovasculaire aiguë

331.0	Maladie d'Alzheimer
046.1	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
331.1	Maladie de Pick
330.1	Maladie de Tay-Sachs
320.9	Méningite
320.9*	Méningite, bactérienne (bactérie non précisée)
321.0	Méningite, cryptococcus
054.72	Méningite herpétique (herpès simplex, virus)
053.0	Méningite herpétique (zosterienne)
321.1	Méningite mycosique autre
094.2	Méningite syphilitique
047.9	Méningite virale (virus non précisé)
346.00*	Migraine classique (avec aura)
346.10	Migraine commune
346.90*	Migraine sans précision
358.0	Myasthénie grave
337.1	Neuropathie (système nerveux autonome)
350.1	Névralgie du trijumeau
434.9*	Occlusion cérébrale
348.5	Œdème cérébral
343.9*	Paralysie cérébrale
351.0	Paralysie de Bell
094.1	Paralysie générale
335.23	Paralysie pseudobulbaire
357.9*	Polynévrite
348.2	Pseudotumeur du cerveau (hypertension intracrânienne bénigne)
433.1	Sténose de l'artère carotide sans infarctus cérébral
354.0	Syndrome du canal carpien
332.0	Syndrome parkinsonien primaire
333.1	Tremblement essentiel bénin

Maladies de l'appareil circulatoire

424.1	Affection *de* la valvule aortique
424.3	Affection de la valvule pulmonaire (non rhumatismale)
397.1	Affection de la valvule pulmonaire rhumatismale
424.2	Affection de la valvule tricuspide (non rhumatismale)
397.0	Affection de la valvule tricuspide rhumatismale
413.9*	Angine de poitrine
427.5	Arrêt cardiaque
440.9*	Artériosclérose
414.00*	Artériosclérose coronarienne
426.10*	Bloc auriculoventriculaire
426.3*	Bloc de branche gauche
426.4	Bloc de branche droit
425.4	Cardiomyopathie idiopathique
402.91*	Cardiopathie artérielle hypertensive avec défaillance cardiaque
402.90*	Cardiopathie artérielle hypertensive sans défaillance cardiaque
416.9*	Coeur pulmonaire chronique

415.19*	Embolie pulmonaire
421.9*	Endocardite bactérienne
427.60*	Extrasystoles
427.31	Fibrillation auriculaire
427.41	Fibrillation ventriculaire
427.32	Flutter auriculaire
427.42	Flutter ventriculaire
455.6*	Hémorroïdes
401.9*	Hypertension essentielle
458.0	Hypotension orthostatique
410.90*	Infarctus aigu du myocarde
428.0	Insuffisance cardiaque globale
424.0	Insuffisance de la valvule mitrale (non rhumatismale)
443.9*	Maladie du système vasculaire périphérique
425.5	Myocardie éthylique
403,91*	Néphropathie due à l'hypertension artérielle avec défaillance
403.90*	Néphropathie due à l'hypertension artérielle sans défaillance
423.9*	Péricardite
446.0	Péricardite noueuse
451.9*	Phlébite/Thrombophlébite
424.0	Prolapsus de la valvule mitrale
394.0*	Sténose de la valvule mitrale (rhumatismale)
427.2	Tachycardie paroxystique non spécifiée
427.0	Tachycardie paroxystique supraventriculaire
427.1	Tachycardie paroxystique ventriculaire
427.9*	Trouble du rythme cardiaque sans précision
456.0	Varices oesophagiennes, hémorragiques
456,1	Varices oesophagiennes, sans mention d'hémorragies
454.9*	Veines variqueuses des membres inférieurs

Maladies de l'appareil respiratoire

513.0	Abcès du poumon
493.20*	Asthme chronique, obstructif
493.90*	Asthme sans précision
518.0	Atélectasie
494.1	Bronchectasie aiguë
466.0	Bronchite aiguë
491.21	Bronchite chronique obstructive, avec poussée aiguë
491.20	Bronchite chronique obstructive, sans poussée aiguë
518.81*	Défaillance respiratoire
492.8*	Emphysème
511.9	Epanchement pleural
277.00*	Fibrose kystique
505	Pneumoconiose
136.3	Pneumonie, pneumocystose
860.4*	Pneumohémothorax traumatique
512.8*	Pneumothorax spontané
860.0*	Pneumothorax traumatique

482.9*	Pneumonie bactérienne non spécifiée
483.()	Pneumonie à mycoplasme
481	Pneumonie à pneumocoques
482.30*	Pneumonie à streptocoques
486*	Pneumonie, micro-organisme non précisé
480.9*	Pneumonie virale
011.9*	Tuberculose pulmonaire

Néoplasmes

Les codes diagnostiques de la CIM-9-MC pour les néoplasmes sont classés dans les tables des néoplasmes de l'Index alphabétique de la CIM-9-MC (Volume 2) selon leur localisation et leur degré de malignité (tumeurs malignes primitives, secondaires, in situ, tumeurs bénignes, tumeurs à évolution imprévisible, tumeurs de nature non précisée).

N.-B. **:** Les codes V10.0-V10.9 doivent être utilisés pour les patients ayant des antécédents (le néoplasmes opérés ou traités par radiothérapie ou chimiothérapie. Pour les localisations, se référer à l'Index alphabétique (Volume 2) de la CIM-9-MC à la rubrique «Antécédents personnels de tumeur maligne ».

Quelques-uns des codes les plus courants pour les tumeurs figurent ci-dessous.

228.02	Hémangiome cérébral
208.00*	Leucémie aiguë
208.01*	Leucémie aiguë, en rémission
208.10*	Leucémie chronique
208.11*	Leucémie chronique, en rémission
200.10*	Lymphosarcome
201.90*	Maladie de Hodgkin
225.2	Méningiome (cérébral)
203.00	Myélome multiple
203.01	Myélome multiple, en rémission
237.70*	Neurofibromatose
227.0	Phéochromocytome bénin
194.0	Phéochromocytome malin
238.4	Polyglobulie primitive
176.9*	Sarcome de Kaposi
225	Tumeur bénigne de l'encéphale
211.4	Tumeur bénigne du colon
195.2	Tumeur maligne, abdomen, primitive
162.9*	Tumeur maligne, bronches, primitive
197.0	Tumeur maligne, bronches, secondaire
191.9*	Tumeur maligne, cerveau, primitive
198.3	Tumeur maligne, cerveau, secondaire
180.9*	Tumeur maligne, col de l'utérus, primitive
153.9*	Tumeur maligne, côlon, primitive
197.5	Tumeur maligne, côlon, secondaire
151.9*	Tumeur maligne, estomac, primitive, localisation non spécifié

155.0	Tumeur maligne, foie, primitive
197.7	Tumeur maligne, foie, secondaire
196.9*	Tumeur maligne, ganglions lymphatiques, secondaire
152.9*	Tumeur maligne, intestin grêle, primitive
172.9*	Tumeur maligne, mélanome, primitive
150.9'	Tumeur maligne, oesophage, primitive
170.9*	Tumeur maligne, os, primitive
198.5*	Tumeur maligne, os, secondaire
183.0*	Tumeur maligne, ovaires, primitive
157.9*	Tumeur maligne, pancréas, primitive
173.9*	Tumeur maligne, peau, primitive
185.	Tumeur maligne, prostate, primitive
154.1	Tumeur maligne, rectum, primitive
189.0*	Tumeur maligne, rein, primitive
174.9*	Tumeur maligne, rein, chez la femme, primitive
175.9*	Tumeur maligne, rein, chez l'homme, primitive
194.0	Tumeur maligne, surrénale, primitive
186.9*	Tumeur maligne, testicule, primitive
171.9*	Tumeur maligne, tissu conjonctif, primitive
193.	Tumeur maligne, thyroïde, primitive
179*	Tumeur maligne, utérus, primitive
188.9*	Tumeur maligne, vessie, primitive

Maladies endocriniennes

253.0	Acromégalie
253.5	Diabète insipide
250.00*	Diabète sucré, type II, non insulino-dépendant
250.01*	Diabète sucré, type I, insulino-dépendant
256.9*	Dysfonction ovarienne
257.9*	Dysfonction testiculaire
241.9*	Goitre nodulaire (non toxique)
240.9	Goitre simple
255.1	Hyperaldostéronisme
252.0	Hyperparathyroïdie
252.1	Hypoparathyroïdie
244.9*	Hypothyroïdie acquise
243	Hypothyroïdie congénitale
255.4	Insuffisance cortico-surrénale
253.3	Nanisme pituitaire
253.2	Panhypopituitarisme
259.1	Précocité du développement sexuel et de la puberté
259.0	Retard du développement sexuel et de la puberté
259.2	Syndrome carcinoïde
255.0	Syndrome de Cushing
242.9*	Thyréotoxicose
245.9*	Thyroïdite
255.2	Troubles adréno-génitaux

Maladies de la nutrition

261	Athrepsie nutritionnelle (marasme)
266.1	Avitaminose B6
268.9	Avitaminose D
269.0	Avitaminose K
265.0	Béribéri
266.2	Carence en acide folique
269.3	Carence en Calcium
269.3	Carence en iode
266.0	Carence en riboflavine
264.9*	Carence en vitamine A
266.1	Carence en vitamine B6
266.2	Carence en vitamine B12
267	Carence en vitamine C
268.9*	Carence en vitamine D
269.1	Carence en vitamine E
269.0	Carence en vitamine K
264.9*	Hypovitaminose A
260	Kwashiorkor
262	Malnutrition protéino-calorique sévère
278.0*	Obésité
265.2	Pellagre (carence en acide nicotinique)

Maladies métaboliques

276.2	Acidose
276.3	Alcalose
277.3	Amyloïdose
271.3	Déficit intestinal en disaccharidase (intolérance au lactose)
276.9*	Déséquilibre électrolytique
274.9*	Goutte
275.0	Hémochromatose
275.42	Hypercalcémie
276.0	Hypernatrémie
276.6	Hypervolémie (rétention)
275.41	Hypocalcémie
276.8	Hypokaliémie
276.1	Hyponatrémie
276.5	Hypovolémie (deshydratation)
275.1	Maladie de Wilson
270.1	Phénylcétonurie
277.1	Porphyrie
277.2	Syndrome de Lesch-Nyhan

Maladies de l'appareil digestif

540.9*	Appendicite aiguë
575.0	Cholécystite aiguë

575.11	Cholécystite chronique
571.2	Cirrhose alcoolique
556.9*	Rectocolite ulcéro-hémorragique
564.0	Constipation
009.2	Diarrhée infectieuse
558.9*	Diarrhée, d'origine non précisée
562.10	Diverticulite du côlon, sans précision
562.12	Diverticulite du côlon, avec hémorragie
562.11	Diverticulose du côlon, sans précision
562.13	Diverticulose du côlon avec hémorragie
555.9	Entérite régionale
560.39*	Fécalome
535.50	Gastrite et gastroduodénite
558.9*	Gastro-entérite
578.9*	Hémorragie gastro-intestinale
571.1	Hépatite aiguë alcoolique
571.40*	Hépatite chronique
573.3*	Hépatite toxique (y compris induite par un médicament)
070.1*	Hépatite virale A
070.30*	Hépatite virale B
070.51*	Hépatite virale C
550.90*	Hernie inguinale
555.9*	Maladie de Crohn
576.2	Obstruction des voies biliaires
560.9*	Obstruction intestinale
530.1	Œsophagite
577.0	Pancréatite aiguë
577.1	Pancréatite chronique
567.9*	Péritonite
530.4	Reflux oesophagien
530.3	Sténose de l'œsophage
564.1	Syndrome du côlon irritable
531.30*	Ulcère de l'estomac, aigu
531.70*	Ulcère de l'estomac, chronique
532.30*	Ulcère du duodénum, aigu
532.70*	Ulcère du duodénum, chronique

Maladies des organes génito-urinaires

614.9*	Affection inflammatoire des organes pelviens
596.4	Atonie de la vessie
592.1	Calcul de l'uretère
592.0	Calcul rénal
592.9*	Calcul urinaire, sans précision
595.9*	Cystite
625.2	Douleur intermenstruelle
625.3	Dysménorrhée
617.9*	Endométriose

218.9*	Fibrome utérin (Léiomyome)
580.9*	Glomérulonéphrite, aigué
626.9*	Hémorragie génitale et trouble de la menstruation
600.0	Hypertrophie prostatique bénigne
599.0	Infection des voies urinaires
584.9*	Insuffisance rénale, aiguë
403.91 *	Insuffisance rénale, avec hypertension
585	Insuffisance rénale, chronique
586*	Insuffisance rénale, sans précision
620.2e	Kyste ovarien
218.9*	Léiomyome utérin (Fibrome)
607.3	Priapisme
618.9*	Prolapsus génital
601.9*	Prostatite
593.3	Rétrécissement de l'uretère
598.9*	Rétrécissementde l'urèthre
606.9*	Stérilité de l'homme
628.9*	Stérilité de la femme
627.9*	Trouble ménopausique ou post-ménopausique

Maladies du sang et des organes bématopoiétiques

288.0	Agranulocytose
282.60*	Anémie à hématies falciformes
284.9*	Anémie aplasique
280.9*	Anémie ferriprive
283.9*	Anémie hémolytique, acquise
283.11	Anémie hémolytique et urémique
283.19	Anémie hémolytique par auto-anticorps, autre
283.10	Anémie hémolytique, sans auto-anticorps, non précisée
281.2	Anémie par carence en acide folique
281.0	Anémie pernicieuse
286.9*	Anomalies de la coagulation
288.3	Eosinophilie
287	Purpura allergique
282.4	Thalassémie
287.5*	Thrombocytopénie

Maladies de l'œil

372.9*	Affections de la conjonctive
366.9*	Cataracte
369.9*	Cécité et baisse de vision
361.9*	Décollement de la rétine
365.9*	Glaucome
377.30*	Névrite optique
379.50*	Nystagmus
377.00*	Œdème papillaire

Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge

463	Angine (Amygdalite aiguë)
464.0	Laryngite aiguë
382.9*	Otite moyenne
462	Pharyngite aiguë
477.9*	Rhinite allergique
460	Rhino-pharyngite aiguë (rhume banal)
461.9*	Sinusite aiguë
473.9*	Sinusite chronique
389.9*	Surdité
388.30*	Acouphènes (Tinnitus), sans précision
386.0	Vertige de *Ménière*

Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif

711.90*	Arthrite infectieuse
714.0	Arthrite rhumatoïde
716.2	Arthropathie allergique
715.90*	Arthrose
710.3	Dermatomyosite
733.10*	Fracture pathologique
722.91	Lésion discale, intervertébrale, cervicale
722.93	Lésion discale, intervertébrale, lombaire
722.92	Lésion discale, intervertébrale, thoracique
710.00	Lupus érythémateux aigu disséminé
710.2	Maladie de Sjögren
733.40*	Nécrose osseuse aseptique
730.20	Ostéomyélite
733	Ostéoporose
710.1	Sclérodermie (sclérose systémique)
737.30	Scoliose
720.0	Spondylarthrite ankylosante
710.2	Syndrome de Gougerot-Sjögren

Maladies de la peau

704.00*	Alopécie
701.4	Chéloïde
692.9*	Dermite de contact
693.0*	Dermite due à l'ingestion et l'administration parentérale de substances
695.1	Erythème polymorphe
707.0	Escarres de décubitus
703.0	Ongle incarné
682.9*	Phlegmon ou abcès, de localisation non précisée
696.1*	Psoriasis
708.0	Urticaire allergique

Anomalies congénitales, Malformations et aberrations chromosomiques

749.10*	Bec de lièvre
752.5	Ectopie testiculaire
760.71	Effets nocifs de l'alcool
760.75	Effets nocifs de la cocaïne
760.73	Effets nocifs des hallucinogènes
760.72	Effets nocifs des morphiniques
760.70	Effets nocifs d'autres substances (y compris *des médicaments)*
749.00*	Fissure du palais
742.3	Hydrocéphalie congénitale
751.3	Maladie de Hirschsprung (Mégacôlon congénital)
742.1	Microcéphalie
752.7	Non-différenciation sexuelle et pseudo-hermaphrodisme
759.5	Sclérose tubéreuse
741.90*	Spina bifida
750.5	Sténose du pylore, hypertrophie du *pylore*
760.71	Syndrome alcoolique foetal
758.0	Syndrome de Down
758.7	Syndrome de Klinefelter
759.82	Syndrome de Marfan
758.6	Syndrome de Turner
758.0	Trisomie 21

Maladies de la grossesse, de l'accouchement, et des suites de couches

Les diagnostics relatifs à la grossesse *se* trouvent dans l'index *alphabétique de la* CIM-9-CM (volume 2) sous l'intitulé « Grossesse, compliquée (par)» ou « *grossesse, déroulement* perturbé par ». Certaines des affections les plus courantes sont *énumérées ci*-dessous.

642.00*	Eclampsie
643.0*	Vomissements de la grossesse, bénins
643.0*	Vomissements de la grossesse' avec troubles métaboliques
642.0*	Pré-éclampsie, légère-modérée
642.0*	Pré-éclampsie, grave

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine'

Les troubles couramment associés à l'infection par le virus de *l'immunodéficience* humaine (VIH) sont indexés dans l'index alphabétique (volume 2) *de* la CIM-9-MC *à la* rubrique «Virus de l'immunodéficience humaine ».

---

1. In : Classification internationale des maladies, Révision 1975, volume 1. OMS Genève, *l'expression* française retenue était celle d'Hyperémèse gravidique.

2. Ce paragraphe qui figurait dans le DSM-IV ne ligure pas dans *le* DSM-IV-TR

L'infection à VIH est subdivisée en trois catégories en fonction de la progression de la maladie de la façon suivante :

042 Infection à VIH associée à des affections spécifiées
043 Infection à VIH causant d'autres affections spécifiées
044 Autres infections à VIH

Chaque catégorie est ensuite subdivisée à l'aide d'une sous-classification à quatre chiffres pour obtenir une plus grande spécificité. Il est d'usage d'utiliser un premier code diagnostique pour la maladie due au VIH et un autre code pour la manifestation. Une référence directe à l'index alphabétique (volume 2) de la CIM-9-MC est recommandée en raison de la complexité du codage de la maladie VIH.

042.0* SIDA avec infections spécifiées
042.1* SIDA avec autres infections spécifiées
042.2* SIDA avec tumeurs malignes spécifiées
042.9* SIDA, sans précision
043.0* Syndrome apparenté au SIDA causant une adénopathie
043.1* Infection à VIH affectant le système nerveux central
043.2* Syndrome apparenté au SIDA causant des troubles impliquant des mécanismes immunitaires
043.3* Syndrome apparenté au SIDA causant d'autres affections spécifiées
043.9* Syndrome apparenté au SIDA, sans précision
044.0* Infection à VIH causant des infections aiguës spécifiées
044.9* Infections à VIH, sans précision

Maladies infectieuses

Les codes suivants représentent des codes diagnostiques de la CIM-9-MC pour des infections dues à des organismes spécifiques. Traditionnellement, les codes pour les organismes de la catégorie 041 sont utilisés comme codes secondaires (p. ex. une infection urinaire due à *Escherichia Coli* sera codée 599.0 [diagnostic primaire] et 041.4 [diagnostic secondaire

006.9* Amibiase
112.0 Candidose buccale
112.3 Candidose de la peau et des ongles
112.5 Candidose disséminée
112.4 Candidose du poumon
112.2 Candidoses d'autres localisations uro-génitales
112.9 Candidoses d'autres localisations
112.1 Candidose vulvo-vaginale
099.41 *Chlamydia trachomatis*
001.9* Choléra
041.83 *Clostridium perfrigens*
114 Coccidioïdomycose
078.1 Condylome acuminé (verrues banales, à virus)
117.5 Cryptococcose
041.4 *Escherichia Coli (E. Coli)*

002.0	Fièvre typhoïde
007.1	Giardiase
098.2*	Gonorrhée
487.0	Grippe, avec pneumonie
487.1	Grippe, sans précision
041.5	*Hemophilus influenzae (H. influenzae)*
070.1*	Hépatite virale A
070.3*	Hépatite virale B
070.51	Hépatite virale C
054.9*	Herpès simplet
053.9*	Herpès zostérien (zona)
115.9*	Histoplasmose
036.9*	Infection à méningocoques
079.99*	Infection virale, sans précision
041.3*	*Klebsiella pneumoniae*
088.81	Maladie de Lyme
075	Mononucléose
041.81	*Mycoplasma*
072.9*	Oreillons
084.6*	Paludisme
041.2	*Pneumococcus*
041.6	*Proteus*
041.7	*Pseudomonas*
071	Rage
056.9*	Rubéole
003.9*	Salmonelle
135	Sarcoïdose
004.9*	Shigellose
041.10*	*Staphylocoque*
041.00*	*Streptocoque*
097.9*	Syphilis
082.9*	Rikettsioses à tiques
130.9	Toxoplasmose
124	Trichinose
131.9*	Trichomoniase
081.9*	Typhus
079.2	Virus Coxsackie
053.9*	Zona

Surdosages

Des codes diagnostiques additionnels pour les surdoses/empoisonnements peuvent être trouvés dans l'index alphabétique (Volume 2) de la CIM-9-MC, *dans la table des* médicaments et autres substances chimiques classés par ordre alphabétique, dans la colonne « empoisonnements ».

965.4	Acétaminophène
962.1	Androgènes et anabolisants stéroïdiens

970.1	Antagonistes des opiacés
971.1	Anticholinergiques
969.0	Antidépresseurs
967.0	Barbituriques
968.5	Cocaïne
962.0	Corticostéroïdes
967.5	Glutéthimide
969.6	Hallucinogènes/cannabis
962.7	Hormones et dérivés thyroïdiens
967.1	Hydrate de Chloral
962.3	Insuline et autres agents antidiabétiques
967.4	Méthaqualone
972.4	Nitrite (de) Amyle, Butyle
965.00	Opiacés
968.2	Oxyde nitreux
967.2	Paraldehyde
968.3	Phencyclidine
965.1	Salicylates
970.9	Stimulants
969.4	Tranquillisants à base de benzodiazepines
969.2	Tranquillisants à base de butyrophénone
969.1	Tranquillisants à base de phénothiazine

Codes additionnels pour les troubles *induits* par un médicament

Les codes suivants sont les codes de la CIM-9-MC *correspondant à* un *certain nombre* de médicaments susceptibles de causer *des* troubles induits *par* une substance. Ils peuvent être utilisés à titre facultatif par les cliniciens dans les situations où *les produits* en question, prescrits à doses thérapeutiques, ont été responsables *de l'un des troubles* suivants : Delirium induit par une substance, *Démence* persistante induite *par une* substance, Trouble amnésique persistant induit par une *substance,* Trouble *psychotique* induit par une substance, Trouble de l'humeur induit *par* une substance, Trouble anxieux induit par une substance, Dysfonction sexuelle induite par *une substance,* Trouble du sommeil induit par une substance et Trouble des *mouvements* induit *par* un médicament. En cas d'évaluation multi-axiale les codes *E doivent être inscrits sur* l'Axe I immédiatement à la suite du trouble en question. *Il est à* noter *que les codes E* ne s'appliquent ni aux empoisonnements ni aux surdosages médicamenteux.

Exemple:	292.39	Trouble de l'humeur induit par une substance, *avec caractéristiques* dépressives
	E932.2	Contraceptifs oraux

Analgésiques et Antipyrétiques

E935.4	Acétaminophène/phénacétine
E935.6	Anti-inflammatoires non stéroïdiens

E935.2	Autres morphiniques (p. ex., codéine, mépéridine)
E935.1	Méthadone
E935.3	Salicylates (p. ex., aspirine)

Anticonvulsivants

E936.3	Acide valproïque
E936.3	Carbamazépine
E936.2	Ethosuximide
E937.0	Phénobarbital
E936.1	Phenytoïne

Médicaments antiparkinsoniens

E936.4	Amantadine
E941.1	Benztropine
E933.0	Diphénhydramine
E936.4	L-Dopa

Médicaments neuroleptiques

E939.3	Autres neuroleptiques (p. ex., thiothixène)
E939.2	Neuroleptiques à hase de butyrophénone
E939.1	Neuroleptiques à hase de phénothiazine

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques

E937.0	Barbituriques
E937.1	Hydrate de Chloral
E939.5	Hydroxyzine
E939.4	Médicaments à hase de benzodiazépine
E937.2	Paraldéhyde

Autres médicaments psychotropes

E940.1	Antagonistes des opiacés
E939	Antidépresseurs
E939.6	Cannabis
E939.7	Stimulants (à l'exclusion des dépresseurs centraux de l'appétit ou anorexigènes centraux)

Médicaments cardiovasculaires

E942.2	Antilipémiants et hypocholestérolémiants
E942.6	Autres antihypertenseurs (p. ex., clonidine, guanéthidine, réserpine)
E942.5	Autres vasodilatateurs (p. ex., hydralazine)
E942.3	Ganglioplégiques (pentaméthonium)

E942.1 Glucosides cardiotoniques (p. ex., digitaline)
E942.0 Régulateurs du rythme cardiaque (y compris le propanolol)
E942.4 Vasodilatateurs coronariens (p. ex., nitrates)

Médicaments à action principalement systémique

E933.0 Antiallergiques et antiémétiques (à l'exclusion des phénothiazines, de l'hydroxyzine)
E941.1 Anticholinergiques (p. ex., atropine) et spamolytiques
E934.2 Anticoagulants
E941.0 Cholinergiques (parasympathomimétiques)
E933.1 Médicaments antinéoplasiques et immunosuppresseurs
E941.2 Sympathomimétiques (adrénergiques)
E933.5 Vitamines (à l'exclusion de la vitamine K)

Médicaments agissant sur les muscles et l'appareil respiratoire

E945.7 Antiasthmatiques (aminophylline)
E945.4 Antitussifs (p. ex., dextrométhorphan)
E945.8 Médicaments à action respiratoire, autres
E945.0 Ocytociques (alcaloïdes de l'ergot de seigle, prostaglandines)
E945.1 Relaxants des muscles lisses (métaprotérénol)
E945.2 Relaxants des muscles striés

Hormones et succédanés synthétiques

E932.1 Androgènes et stéroïdes anabolisants
E932.8 Antithyroïdiens
E932.0 Corticostéroïdes
E932.2 Hormones ovariennes (inclure les contraceptifs oraux)
E932.7 Préparations thyroïdiennes

Médicaments intervenant dans le métabolisme de l'eau des minéraux et de l'acide urique

E944.4 Autres diurétiques (furosémide, acide éthacrynique)
E944.3 Chlorothiazides
E944.1 Diurétiques dérivés (le la purine
E944.0 Diurétiques mercuriels
E944.2 Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
E944.7 Médicaments agissant sur le métabolisme de l'acide urique (probénécide)

Annexe H

La classification du DSM-IV avec les codes CIM-10

Lors de la publication de la révision du texte du DSM-IV (à la fin du printemps 2000), le système officiel de codage utilisé aux États-Unis était la Classification Internationale des Maladies, Neuvième Révision, Modifications Cliniques (CIM-9-MC). Dans le reste du monde, le plus souvent, le système officiel de codage est la Classification Statistique Internationale des Maladies et Problèmes de Santé connexes, dixième révision (CIM-10 ou ICD-10).

L'élaboration du DSM-IV a été étroitement liée à la préparation du chapitre V de la CIM-10 : Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement développé par l'Organisation Mondiale de la Santé, par anticipation de son éventuelle utilisation aux États-Unis.

Les échanges entre l'Association Américaine de Psychiatrie et l'Organisation Mondiale de la Santé ont abouti à des codes et à des diagnostics pour le DSM-IV entièrement compatibles avec ceux de l'index de la CIM-10. La classification du DSM-IV présentée avec les codes diagnostiques de la CIM-10 est destinée à faciliter l'utilisation internationale du DSM-IV.

N.d.T. : Le double codage figure dans la classification du DSM-IV-TR pages 15 à 31.

Annexe I

Esquisse d'une formulation en fonction de la culture et Glossaire des syndromes propres à une culture donnée

Cette annexe est divisée en deux sections. La première section fournit l'esquisse d'une formulation culturelle destinée à aider le clinicien qui évalue systématiquement et qui rend compte de l'impact du contexte culturel sur l'individu. La seconde est un glossaire des syndromes spécifiques d'une culture donnée.

Esquisse d'une formulation en fonction de la culture

Cette esquisse d'une formulation en fonction de la culture est censée compléter l'évaluation diagnostique multiaxiale et relever les difficultés qui pourraient être rencontrées en appliquant les critères du DSM-IV dans un environnement multiculturel. La formulation en fonction de la culture fournit une revue systématique de l'origine culturelle d'un individu, le rôle du contexte culturel clans l'expression et l'évaluation des symptômes et des dysfonctionnements, et l'effet que les différences culturelles peuvent induire sur la relation entre l'individu et le clinicien.

Comme cela a été indiqué dans l'introduction du manuel (voir p. XXVII), il est important que le clinicien prenne en compte le contexte ethnique et culturel d'un individu dans l'évaluation de chacun des axes du DSM-IV. De plus, la formulation en fonction de la culture suggérée ci-dessous donne l'opportunité de décrire systématiquement le groupe culturel et social de référence d'un individu, et d'indiquer à quel point le contexte culturel est important pour la prise en charge. Le clinicien peut donner un résumé narratif pour chacune des catégories suivantes :

Identité culturelle d'un individu. Noter le groupe ethnique ou culturel de référence de l'individu. Pour les immigrants et les minorités ethniques, noter séparément le degré de participation de la culture d'origine et de la culture d'accueil (si applicable). Noter aussi les capacités, l'usage et la préférence linguistique (y compris le multilinguisme).

Explications culturelles de la maladie de l'individu. Ce qui suit peut être identifié : les idiotismes principaux de la souffrance grâce auxquels les symptômes ou le besoin (l'un soutien social sont communiqués (ex., « les nerfs », la possession, les plaintes somatiques, le malheur inexplicable), la signification et la perception de la sévérité des symptômes d'un individu par rapport aux normes du groupe de référence culturelle, la terminologie médicale locale utilisée par la famille d'un individu ou la communauté pour identifier l'affection (voir « Glossaire des syndromes propres à une culture donnée » ci-dessous), les causes perçues ou les modèles explicatifs que l'individu et le groupe de référence utilisent pour expliquer la maladie, et les expériences antérieures ainsi que la préférence actuelle pour une prise en charge par des méthodes conformes ou non aux usages de la profession médicale.

Facteurs culturels en relation avec l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement. Noter les interprétations culturelles pertinentes des facteurs de stress sociaux, du support social disponible et des niveaux de fonctionnement et du handicap. Cela devrait inclure les stress dans l'environnement social immédiat et le rôle de la religion et du réseau familial comme source *de* soutien émotionnel, matériel ou informatif.

Éléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien. Indiquer les différences de culture et (le statut social entre l'individu et le clinicien, et les problèmes que ces différences pourraient causer clans le diagnostic et le traitement (p. ex., difficultés de communiquer dans la langue maternelle de l'individu, difficultés à identifier les symptômes et à comprendre leur signification culturelle, difficultés à établir une relation appropriée ou un certain degré d'intimité, difficultés à déterminer si un comportement est pathologique ou normal).

Évaluation culturelle globale pour le diagnostic et la prise en charge. La formulation conclut avec une discussion sur la façon dont les considérations culturelles influencent de façon spécifique la complétude du diagnostic et de la prise en charge.

Glossaire des syndromes propres à une culture donnée

Le ternie *syndrome propre à la culture* dénote la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et (l'expériences perturbantes qui sont spécifiques (l'une région et peuvent être liés ou non à une catégorie diagnostique particulière du DSM-IV. Beaucoup de ces schémas sont considérés par les autochtones comme des « maladies » ou au moins des affections, et la plupart ont des noms locaux. Bien que les présentations cliniques se rapportant aux catégories majeures du DSM-IV soient retrouvées dans le monde entier, les symptômes particuliers, l'évolution et la réponse sociale sont souvent influencés par des facteurs culturels locaux. Au contraire, les syndromes spécifiques d'une culture donnée sont généralement limités à des sociétés spécifiques ou à (les zones de culture, et correspondent à des catégories diagnostiques

locales et traditionnelles qui correspondent de façon cohérente à certaines observations et expériences répétitives, stéréotypées et perturbantes.

Il existe rarement une équivalence univoque entre un syndrome lié à la culture et une entité diagnostique du DSM. Un comportement anormal pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique traditionnelle pourrait être classé, par un clinicien utilisant le DSM-IV, dans plusieurs catégories diagnostiques, et les tableaux cliniques pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique par un clinicien utilisant le DSM-IV pourraient être classés dans plusieurs catégories par un clinicien autochtone. De plus, certains troubles et affections ont été considérés comme des syndromes propres à une culture donnée et, en l'occurrence spécifiques de la culture industrialisée (p. ex., Anorexie mentale, Trouble dissociatif de l'identité) du fait de leur apparente rareté ou de leur absence dans d'autres cultures. Il faut aussi noter que toutes les sociétés industrialisées comprennent des subcultures distinctes et des groupes d'immigrants d'origines diverses qui peuvent se présenter avec des syndromes spécifiques d'une culture donnée.

Ce glossaire dresse la liste des quelques syndromes les mieux étudiés propres à une culture donnée, et des idiotismes de la souffrance que l'on peut rencontrer en pratique clinique en Amérique du Nord ; il inclut les catégories du DSM-IV les concernant lorsque les données suggèrent de les prendre en compte pour une formulation diagnostique.

Amok. Épisode dissociatif caractérisé par une période de cafard suivi par un comportement extrêmement violent, agressif ou homicide envers des personnes et des objets. L'épisode semble être déclenché par un affront ou une insulte et semble n'atteindre que des hommes. L'épisode est souvent accompagné par des idées de persécution, de l'automatisme, de l'amnésie, un état d'épuisement avec retour à l'état prémorbide après l'épisode. Dans certains cas, l'amok peut *se* produire durant un épisode psychotique bref ou constituer le début ou une exacerbation d'un processus psychotique chronique. Les comptes-rendus originels qui utilisaient ce terme provenaient de Malaisie. Un schéma de comportement identique est retrouvé au Laos, aux Philippines, en Polynésie *(cafard* ou *cathard*), en Papouasie-Nouvelle Guinée et à Porto Rico *(mal de pelea)* ainsi que parmi les Navajo (*iich'aa*).

Ataque de nervios. Idiotisme de souffrance principalement décrit parmi les Latinos des Caraïbes, mais identifié parmi de nombreux groupes de Latino-américains et de Latino-méditerranéens. Habituellement, les symptômes comprennent : cris incontrôlables, crises de pleurs, tremblements, sensation de chaleur dans le thorax montant à la tête et agression physique ou verbale. Des expériences dissociatives, des épisodes de perte de connaissance ou ressemblant à des convulsions, des gestes suicidaires sont présents lors de certaines attaques mais pas dans d'autres. Une caractéristique générale d'une attique de nervios est la sensation d'être hors de contrôle. Les ataques de nervios se présentent fréquemment comme le résultat direct d'un événement stressant concernant la famille (p. ex., la nouvelle du décès d'un être très proche, la séparation ou le divorce d'avec le conjoint, des conflits avec le conjoint ou les enfants, ou le fait d'être le témoin d'un accident impliquant un membre de la famille). Les personnes peuvent éprouver de l'amnésie pour ce qui s'est passé pendant l'ataque de nervios, mais, ils retournent rapidement à leur niveau de fonctionnement habituel. Bien que la description de certaines ataques de nervios corresponde à celle de l'Attaque de panique du DSM-IV, l'association de la plupart des ataques avec un événement déclenchant et

l'absence fréquente de symptômes-clés de peur intense ou d'appréhension les distinguent du Trouble panique. L'Ataque va de l'expression normale de la souffrance non associée à un trouble mental aux présentations symptomatiques associées aux diagnostics de Trouble anxieux, Trouble de l'humeur, Trouble dissociatif ou Trouble somatoforme

Bilis et **colera** (aussi désigné *muina*). On pense que la cause sous-jacente de ce syndrome est le fait de ressentir une colère extrêmement forte ou de la rage. La colère est considérée parmi de nombreux groupes Latinos comme une émotion particulièrement puissante qui peut avoir des effets directs sur le corps et qui peut exacerber des symptômes existants. L'effet majeur de la colère est de perturber l'équilibre du centre du corps (qui est compris comme un équilibre entre les valences chaudes et froides et entre les aspects matériels et spirituels du corps). Les symptômes peuvent inclure : brusque tension nerveuse, céphalées, tremblements, hurlements, problèmes gastriques, et, dans les cas plus sévères, perte de conscience. Une fatigue chronique peut être la conséquence de cet épisode aigu.

Bouffée délirante. Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français fait référence à une explosion brutale d'un comportement agité et agressif, d'une confusion marquée, d'une agitation psychomotrice et est parfois accompagné d'hallucinations visuelles et auditives ou d'idéation persécutoire. Ces épisodes peuvent ressembler à un épisode de Trouble psychotique bref.

Brain fag. Terme initialement utilisé en Afrique de l'Ouest faisant référence aux conditions subies par les étudiants des collèges ou universités face aux défis de l'enseignement. Les symptômes comportent des difficultés de concentration, de mémoire, d'idéation. Les étudiants disent souvent que leur cerveau est « fatigué ». D'autres symptômes somatiques sont habituellement centrés sur la tête et le cou : douleur, pression ou raideur, vision trouble, chaleur ou brûlure. « Lassitude du cerveau ou fatigue « de trop penser » est un idiotisme de souffrance clans de nombreuses cultures et les syndromes qui en résultent peuvent ressembler à certains Troubles anxieux, dépressifs et somatoformes.

Dhat. Terme diagnostique populaire utilisé en Inde pour faire référence à une anxiété sévère et des préoccupations hypocondriaques associées à la perte de sperme, à une décoloration blanchâtre des urines et à des sensations de faiblesse et d'épuisement. Similaire *au jiryan* (Inde), *sukra prameha* (Sri Lanka) et *shen-k'uei* (Chine).

Falling out ou blacking out. Ces épisodes se rencontrent principalement dans le Sud des États-Unis et dans les Antilles. Ils sont caractérisés par une perte de connaissance soudaine, qui se produit parfois sans prodromes, mais qui est parfois précédée par des sensations d'étourdissement ou de « nager » dans la tête. L'individu garde généralement les yeux ouverts, mais il prétend ne rien pouvoir voir. L'individu habituellement entend et comprend ce qui se passe autour de lui mais se sent incapable de bouger. Ceci peut correspondre à un diagnostic de Trouble de conversion ou de Trouble dissociatif.

Ghost sickness. Préoccupation par la mort et les défunts (parfois associée à la sorcellerie) fréquemment observée parmi les membres de nombreuses tribus indiennes américaines. Des symptômes variés peuvent être attribués à la ghost sickness, incluant

mauvais rêves, faiblesse, sensation de danger, perte d'appétit, évanouissement, étourdissement, peur, anxiété, hallucinations, perte de conscience, confusion, sentiments d'impuissance et sensation de suffocation.

Hwa-byung (aussi connu sous le nom de wool-hwa-byung). Syndrome populaire coréen traduit littéralement en français comme « syndrome de colère » et attribué à la suppression de la colère. Les symptômes comprennent : insomnie, fatigue, panique, peur d'une mort imminente, dysphorie, indigestion, anorexie, dyspnée, palpitations, douleurs et souffrances généralisées et sensation d'une masse dans l'épigastre.

Koro. Terme probablement d'origine malaise qui se réfère à un épisode d'anxiété aiguë et soudaine liée à la crainte que le pénis (ou chez les femmes, la vulve et les seins) ne pénètre dans le corps entraînant éventuellement la mort. Le syndrome est rapporté dans le sud et l'est de l'Asie où il est décrit par une variété de termes locaux comme *shuk yang, shook yong* et *suo yang* (chinois), *jinjinia bemar* (Assam) ou *rok-joo* (Thaïlande). On le trouve occasionnellement à l'ouest. A certains moments, le Koro se produit sous formes d'épidémies locales dans des régions est-asiatiques. Ce diagnostic est inclus dans la *Classification chinoise des Troubles Mentaux,* deuxième édition (CCTM-2).

Latah. Hypersensibilité à une Frayeur soudaine, souvent avec échopraxie, écholalie. suggestibilité, et comportement dissociatif ou état ressemblant à des transes. Le terme *latah* est originaire de Malaisie ou d'Indonésie, mais le syndrome a été identifié dans de nombreux endroits du monde. D'autres termes pour cet état sont *amurakh, irkhnii, ikota, olan, myriachit* et *menkeiti* (groupes sibériens), *bah tschi, bah-tsi, baah-ji* (Thaïlande), *imu* (Ainu, Sakhaline, Japon), et *mali-mali et silok* (Philippines). En Malaisie, ce trouble est plus fréquent chez les femmes d'âge moyen.

Locura. Terme utilisé par les Latinos des États-Unis et d'Amérique latine pour désigner une forme sévère de psychose chronique. Cet état est attribué à une vulnérabilité héréditaire, aux conséquences des multiples difficultés de la vie ou à une combinaison de ces deux facteurs. Les symptômes présentés par les individus atteints de locura comprennent : incohérence, agitation, hallucinations auditives et visuelles, incapacité à suivre les règles de la vie en société, comportement imprévisible et parfois violence.

Mal de ojo. Concept retrouvé largement dans les cultures méditerranéennes et dans d'autres endroits du monde. Mal de ojo est un terme espagnol qui a été traduit en français par « mauvais œil ». Les enfants sont spécialement à risques. Les symptômes comprennent : sommeil agité, pleurs sans cause apparente, diarrhées, vomissements et fièvre chez l'enfant ou le nourrisson. Parfois, les adultes (plutôt les femmes) peuvent être atteints.

Nervios. Idiotisme commun de souffrance parmi les Latinos des États-Unis et d'Amérique latine. Dans un certain nombre d'autres groupes ethniques, on trouve des concepts apparentées au nervios, bien qu'ils soient souvent quelque peu différents (comme le *nevra* chez les grecs d'Amérique du nord). Nervios fait référence à la fois à un état général de vulnérabilité aux expériences de vie stressantes et à un syndrome occasionné par les circonstances d'une vie difficile. Le terme *nervios* inclut une grande variété de symptômes de souffrance émotionnelle, de malaises somatiques et d'incapa-

cité fonctionnelle. Les symptômes les plus communs comportent : céphalées et « douleur au cerveau », irritabilité, problèmes gastriques, problèmes de sommeil, nervosité, pleurs faciles, troubles de la concentration, tremblements, bourdonnements d'oreilles, et *mareos* (étourdissement avec occasionnellement des exacerbations ressemblant à un vertige). Le nervios a tendance à être un problème continu, bien qu'il y ait des différences dans le degré d'incapacité manifesté. Le nervios est un syndrome très vaste qui va des cas sans trouble mental à des présentations cliniques qui ressemblent aux Troubles de l'adaptation, aux Troubles anxieux, aux Troubles dépressifs, aux Troubles dissociatifs, aux Troubles somatoformes ou aux Troubles psychotiques. Le diagnostic différentiel se fondera sur la constellation de symptômes présentés, sur la nature des événements sociaux associés à la survenue et à l'évolution du Nervios et sur le niveau d'incapacité éprouvé.

Pibloktoq. Épisode dissociait aigu accompagné d'agitation extrême, pouvant durer jusqu'à 30 minutes et suivi fréquemment de convulsions et de coma pouvant durer jusqu'à 12 heures. Bien que des variations régionales existent dans la terminologie du trouble, il a essentiellement été observé dans les communautés esquimaudes arctiques et subarctiques. L'individu peut se replier sur lui-même ou être légèrement irritable quelques heures ou quelques jours avant la crise dont, typiquement, il gardera une amnésie complète. Pendant la crise, l'individu peut arracher ses vêtements, casser des objets, crier des obscénités, manger des excréments, s'enfuir d'un abri protecteur ou réaliser d'autres actes irrationnels ou dangereux.

Réaction psychotique de qi-gong. Terme décrivant un épisode aigu et limité dans le temps, caractérisé par des symptômes dissociatifs, paranoïaques et par d'autres symptômes psychotiques ou non-psychotiques qui peuvent se produire après la participation à une pratique hygiénique populaire : le qi-gong (« exercice d'énergie vitale »). Les individus excessivement impliqués clans cette pratique sont particulièrement vulnérables. Ce diagnostic est inclus dans la deuxième édition de la *Classification Chinoise des Troubles Mentaux* (CCTM-2).

Rootwork. Interprétations d'origine culturelle qui attribuent une maladie à des sortilèges, de la magie, de la sorcellerie ou à la mauvaise influence d'une autre personne. Les symptômes peuvent comporter de l'anxiété généralisée et des plaintes gastro-intestinales (p. ex., nausées, vomissements, diarrhée), de la faiblesse, des étourdissements, une peur d'être empoisonné et parfois une peur d'être tué (« mort voodoo »). Les « mots », « maléfices » ou « sortilèges » peuvent être « mis » ou placés sur d'autres persnnes, provoquant une série de problèmes émotionnels et psychologiques. La personne ensorcelée peut même craindre la mort jusqu'à ce que la « rom » ait été « enlevée » (éliminée), habituellement grâce à l'intervention d'un médecin des « mots » (un guérisseur selon cette tradition), qui peut aussi être appelé pour ensorceler un ennemi. Le Rootwork » est trouvé clans le sud des États-Unis parmi les populations américaines d'origine africaine et européenne, ainsi que clans les sociétés caraïbes. On le connaît également dans les sociétés latinos comme *mal puesto* ou *brujeria*.

Sangue dormias (« le sang dormant »). Ce syndrome est trouvé parmi les Portugais du Cap Vert (et les immigrants du Cap Vert aux États-Unis) et comporte douleur, engourdissement, tremblements, paralysie, convulsions, apoplexie, cécité, crises cardiaques, infections et fausses couches.

Shenfing shuairo (« neurasthénie »). En Chine, état caractérisé par une fatigue physique et mentale, des étourdissements, des céphalées, d'autres douleurs, des difficultés de concentration, des perturbations du sommeil et des pertes de mémoire. D'autres symptômes comprennent : problèmes gastro-intestinaux, dysfonctionnement sexuel, irritabilité, émotivité et divers signes suggérant des troubles du système nerveux autonome. Dans de nombreux cas, les symptômes correspondraient aux critères d'un Trouble anxieux et (l'un Trouble de l'humeur du DSM-IV. Ce diagnostic est inclus dans la deuxième édition de la *Classification Chinoise des Troubles Mentaux* (CCTM-2).

Shen-k'vei (Taïwan) ; **shenkvi** (Chine). Désignation populaire chinoise décrivant une anxiété marquée ou des symptômes de panique accompagnés de plaintes somatiques pour lesquelles aucune cause physique ne peut être démontrée. Les symptômes incluent étourdissements, mal de dos, fatigabilité, faiblesse générale, insomnie, rêves fréquents et plaintes de dysfonctionnement sexuel (éjaculation précoce et impuissance). Les symptômes sont attribués à une perte excessive de sperme lors de relations sexuelles trop fréquentes, de masturbation, (l'émissions nocturnes, ou la miction d'une « urine blanche et trouble » interprétée comme contenant du sperme. La perte du sperme est angoissante parce que, selon la croyance, elle représente la perte de l'essence vitale d'un individu et peut, par conséquent, menacer la vie.

Shin-byung. Dénomination coréenne pour un syndrome dans lequel les phases initiales sont caractérisées par de l'anxiété et des plaintes somatiques (faiblesse généralisée, étourdissements, peur, anorexie, insomnie, problèmes gastro-intestinaux) avec ensuite dissociation et possession par des esprits ancestraux.

Spell. État de transe dans lequel les individus « communiquent » avec des proches décédés ou avec des esprits. Parfois, cet état est associé à de brèves périodes de changement de personnalité. Ce syndrome spécifique d'une culture donnée se rencontre parmi les américains d'origine africaine et européenne dans le sud des États-Unis. Les spells ne sont pas considérés comme des phénomènes médicaux dans la tradition populaire, mais ils peuvent être interprétés à tort comme des épisodes psychotiques en pratique clinique.

Susto (« peur » ou « perte de l'âme »). Maladie populaire prévalant chez certains Latinos aux États-Unis et parmi les populations du Mexique, d'Amérique centrale et (l'Amérique du Sud. Le susto est aussi appelé *espanto, pasmo, tripa ida, perdida del alma* ou *chibih*. 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. Les personnes atteintes de susto éprouvent aussi des tensions importantes dans leurs contacts sociaux. Les symptômes peuvent apparaître n'importe quand, des jours ou des années après l'événement effrayant. Dans des cas extrêmes, le susto pourrait pense-t-on entraîner la mort. Les symptômes typiques comprennent des troubles de l'appétit, un sommeil insuffisant ou excessif, un sommeil perturbé ou des rêves, une sensation de tristesse, un manque de motivation pour faire quoi que ce soit, des sentiments rie dévalorisation et de malpropreté. Les symptômes somatiques accompagnant le susto incluent : douleurs musculaires, céphalées, douleurs gastriques et diarrhées. Les guérisons rituelles se concentrent sur le rappel de l'âme dans le corps et la purification de la personne pour rétablir l'équilibre corporel et spirituel. Différentes présentations de susto peuvent s'apparenter au Trouble dépressif majeur, à l'État de stress post-traumatique et aux

Troubles somatoformes. Des croyances étiologiques et des tableaux symptomatiques similaires sont trouvés clans de nombreux endroits du monde.

Taijin kyofusho. Phobie culturellement distincte au Japon, qui ressemble d'une certaine façon aux Phobies sociales du DSM-IV. Ce syndrome concerne le comportement de certains individus craignant intensément que leur corps, une partie de leur corps ou le fonctionnement de leur corps ne déplaise, n'embarrasse ou n'agresse les autres par l'apparence, l'odeur, les expressions faciales ou les mouvements. Ce syndrome est inclus clans le système diagnostique officiel japonais des troubles mentaux.

Zar. Terme général employé en Éthiopie, Somalie, Égypte, Soudan, Iran et dans d'autres sociétés d'Afrique du Nord et du Moyen Orient en rapport avec la possession d'un individu par les esprits. Les personnes possédées par un esprit peuvent subir des épisodes dissociatifs qui peuvent se manifester par des cris, des rires, le fait de se cogner la tête contre un mur, de chanter ou pleurer. Ces personnes peuvent être apathiques ou repliées sur elles-mêmes, refuser de manger ou d'accomplir les tâches quotidiennes ou elles peuvent développer à long terme une relation avec l'esprit possesseur. Localement, un tel comportement n'est pas considéré comme pathologique.

Annexe J

Collaborateurs du DSM-IV

Dans la mesure où le DSM-IV est destiné à être utilisé par différents professionnels de la Santé Mentale dans des cadres variés, la Task Force et les groupes de travail ont sollicité et encouragé la participation de nombreux professionnels en tant que conseillers. Ceux-ci sont venus d'horizons divers : associations de santé, médecine générale, recherche, spécialistes en médecine légale, experts en matière de caractéristiques selon l'âge, le sexe et la culture ainsi que des experts internationaux.
Les groupes de conseillers ont soulevé des points pertinents à propos de chaque diagnostic ; ils ont développé et commenté les revues de la littérature, le texte et les critères. Enfin, ils ont participé aux projets de ré-analyses des données et aux études sur le terrain. La Task Force du DSM-IV et les groupes de travail ont pris la mesure de l'importance de cette aide et remercient sincèrement, tant les personnes que les institutions, d'avoir donné de leur temps de façon si généreuse et (l'avoir fait partager leur compétence.

Conseillers

Troubles anxieux

W. Stewart Agras, M.D.
Hagop Akiskal, M.D.
Lauren Bersh Alloy, M.D.
James Barbie, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
Jean Beckham, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Istvan Bitter, M.D.
Arthur S. Blank, Jr., M.D.
Thomas D. Borkovec, Ph.D.
Loretta E. Braxton, Ph.D.
Naomi Breslau, Ph.D.
Elizabeth Brett, Ph.D.
Evelyn Bromet, Ph.D.
Timothy A. Brown, Psy.D.
Allan Burstein, M.D.
David M. Clark, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Deborah S. Cowley, M.D.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Raymond R. Crowe, M.D.
George C. Curtis, M.D.
Yael Danieli, Ph.D.
Joseph A. Deltito, M.D.
Peter A. DiNardo, Ph.D.
Keith Stephen Dobson, Ph.D.
Spencer Eth, M.D.
John Fairbank, Ph.D.
Brian Fallon, M.D.
Charles Figley, Ph.D.
Stephen M. Ford, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Mathew Friedman, M.D.
Kishore Gadde, M.D.
Ronald Ganellen, Ph.D.
Michael Gelder, M.D.
Earl Giller, M.D.

Wayne Goodman, M.D.
Tana Grady, M.D.
Bonnie Green, Ph.D.
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.
Richard Heimberg, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Judith Herman, M.D.
Rudolf Hoehn-Saric, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Eric Hollander, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Tom Insel, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Wayne Katon, M.D.
Heinz Katschnig, M.D.
l'errance Keane, Ph.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D.
Stuart Kleinman, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (décédé)
Lawrence Kolb, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Cynthia Last, Ph.D.
Bernard Lerer, M.D.
Andrew Levin, M.D.
R. Bruce Lydiard, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
John S. March, M.D.
Andrew Mathews, Ph.D.
Matig Mavissakalian, M.D.
Alexander McFarlane, M.B., B.S. (Hons), M.D.
Richard McNally, M.D.
Charles A. Meyer, Jr., M.D.
Karla Moras, Ph.D.
Dennis Munjack, M.D.
Lars Goran Ost, Ph.D.
Howard Parad, D.S.W.
Kok Lee Peng, M.D.
Roger Pitman, M.D.
Robert Pynoos, M.D.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Beverley Raphael, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Patricia Resnick, Ph.D.
Jeffrey C. Richards, Ph.D.
Karl Rickels, M.D.
John H. Riskind, Ph.D.
Sir Martin Roth, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Philip Saigh, Ph.D.
Paul Salkovskis, Ph.D.
William C. Sanderson, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Javaid Sheikh, M.D.
Zahava Soloman, M.D.
Susan Solomon, Ph.D.
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
Suzanne Sutherland, M.D.
Richard Swinson, M.D.
Lenore Terr, M.D.
Peter Trower, Ph.D.
Samuel M. Turner, Ph.D.
Tholas Uhde, M.D.
David Watson, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.
Parti Zetlin, M.S.W.
Richard Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

Delirium, Démence, Trouble amnésique, et autres Troubles cognitifs

Frank Benson, M.D.
John Breitner, M.D.
Steve Buckingham, M.S.S.W.
Nelson Butters, Ph.D.
Steven Cohen-Cole, M.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Barry Fogel, M.D.
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
Robert C. Green, M.D.
Robert Heaton, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Zbigniew Lipowski, M.D.
Alwyn Lishman, M.D.
Richard Mayeux, M.D.
Marsel Mesulam, M.D.
Vernon Neppe, M.D.
Barry Reisberg, M.D.
Sir Martin Roth, M.D.
David Rubinow, M.D.

Randy Schiffer, M.D.
Michael Taylor, M.D.
Linda Teri, Ph.D.
Allan Yozawitz, M.D.
Stuart C. Yudofskv, M.D.
Michael Zaudig, M.D.

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Marc Amaya, M.D.
Lisa Amaya-Jackson, M.D.
Adrian Angold, M.B., M.R.C.Psych.
William Arroyo, M.D.
Robert F. Asarnow, Ph.D.
George Bailey, M.D.
Joseph Biederman, M.D.
Ray Blanchard, Ph.D.
Lewis M. Bloomingdale, M.D.
John Bradford, M.D.
Joel Bregman, M.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
Ian Alberto Canino, M.D.
Iris Chagwedera, Ph.D.
Dante Cicchetti, Ph.D.
Susan Coates, Ph.D.
Patricia Cohen, Ph.D.
C. Keith Conners, Ph.D.
Jane Costello, M.D.
Charles Davenport, M.D.
Robert Delong, M.D.
Martha Denckla, M.D.
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.
Craig Donnellv, M.D.
Felton Earls, M.D.
L. Erlenmeyer-Kimling, Ph.D.
Jack Fletcher, Ph.D.
Steven Forness, Ed.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Stanley Greenspan, M.D.
Richard L. Gross, M.D.
Robert Harmon, M.D.
Lily Hechtman, M.D.
Margaret Hertzig, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Peter Jensen, M.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.
Robert King, M.D.
Mindy Krotick, M.A.
Cynthia Last, Ph.D.
James Leckman, M.D.
James Lee, M.D.
Stephen Levine, M.D.
John Lochman, M.D.
Catherine Lord, Ph.D.
John S. March, M.D.
James McKinney, Ph.D.
Jon Meyer, MD.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr., rer., nat.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Klaus Mincie, M.D.
David Mrazek, M.D.
Joy Osofsky, Ph.D.
Ira Pauly, M.D.
Gary Peterson, M.D.
Salto Provence, M.D.
Joaquim Puig-Antich, M.D. (décédé)
Kathleen May Quinn, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Robert J. Reichler, M.D.
Mark A. Ridelle, M.D.
Edward Ritvo, M.D.
Richard Rosner, M.D.
Byron Rourke, Ph.D.
Diane H. Schetky, M.D.
Eric Schopler, Ph.D.
Rourke Schopler, Ph.D.
Arthur Shapiro, M.D.
Theodore Shapiro, M.D.
Bennet Shaywitz, M.D.
Larry Silver, M.D.
Robert Stoller, M.D. (décédé)
Alan Stone, M.D.
Peter Szatmari, M.D.
Ludwig Szymanski, M.D.
Paula Tallal, Ph.D.
Kenneth Towhin, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Elizabeth Weller, M.D.
Karen Wells, Ph.D.
Agnes Whittaker, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Ronald Winchel, M.D.
Allan Yosawitz, M.D.

Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Barry Zuckerman, M.D.
Bernard Zuger, M.D.

Troubles des conduites alimentaires

W. Stewart Agras, M.D.
Arnold Anderson, M.D.
William Berman, Ph.D.
Peter Beumont, M.D.
Barton J. Blinder, M.D.
Susan Jane Blumenthal, M.D.
LCDR James M. Blunt
Harry A. Brandt, M.D.
Timothy D. Brewerton, M.D.
Kelly Brownell, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Eva Carr, M.A.
Regina Casper, M.D.
Leslie Citrome, M.D.
Peter J. Cooper, M.D.
Arthur H. Crisp, M.D.
Maria DaCosta, M.D.
Bonnie Dansky, Ph.D.
Michael Devlin, M.D.
Adam Drewnowski, Ph.D.
Elke Eckert, M.D.
Robert Edelman, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Madeline Fernstrom, Ph.D.
Manfred Fichter, M.D.
Martine Marnent, M.D.
Henri Flikier, A.C.S.W.
Victor Fornari, M.D.
Chris Freeman, M.D.
David M. Garner, Ph.D.
Philip W. Gold, M.D.
Harry E. Gwirtsman, M.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
C. Peter Herman, Ph.D.
David Herzog, M.D.
Jules Hirsch, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
L.K. George Hsu, M.D.
James I. Hudson, M.D.
Laurie Humphries, M.D.
Philippe Jeammet, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Craig Johnson, Ph.D.
Ross S. Kalucy, M.D.
jack L. Katz, M.D.
Walter Kaye, M.D.
Justin Kenardy, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Sid Kennedy, M.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Dean D. Krahn, M.D.
Sing Lee, M.R.C.Psych.
Pierre Leichner, M.D.
Harold Leitenberg, Ph.D.
Jill Leolbonne, M.D.
Gloria Leon, Ph.D.
Katharine Loeb, B.A.
Alexander R. Lucas, M.D.
Marsha Marcus, Ph.D.
Valérie Rae McClain, B.A.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Julian Morrow, Ph.D.
Claes Norring, Dr.Med.Sc.
Patrick O'Conner, Ph.D.
Marion P. Olmstead, Ph.D.
Carol B. Peterson, Ph.D.
Karl Pirke, M.D.
Janet Polivy, Ph.D.
Harrison Pope, M.D.
Charles Portnev, M.D.
Albert M. Powell, M.D.
Raymond Prince, M.D.
Richard Pyle, M.D.
Ellen Raynes, Psy.D.
Rory Richardson, M.A.
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.
Paul Robinson, M.D.
Judith Rodin, Ph.D.
Barbara J. Rolls, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Gerald Russell, M.D.
Ronna Saunders, L.C.S.W.
Joseph Silverman, M.D.
Michael Strober, Ph.D.
Albert J. Stunkard, M.D.
Allan Sugarman, M.D.
George Szmukler, M.D.
Sten Theander, M.D.
Suellen Thomsen, B.A.
David Tobin, Ph.D.
Walter Vandereycken, M.D.
David Veale, M.R.C.Psych.

Kelly Bernis Vitousek, Ph.D.
Thomas Wadden, Ph.D.
David Waller, M.D.
Winnv Weeda-Mannak, Ph.D.
Herbert Weiner, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
David Wheadon, M.D.
Rena Wing, M.D.
Steve Wonderlich, Ph.D.
Susan Wooley, Ph.D.
Wayne Wooley, Ph.D.
Judith Wurtman, Ph.D.
Joel Yager, M.D.
Susan Yanovski, M.D.
Preston Zucker, M.D.

Troubles de l'humeur

Hagop Akiskal, M.D.
Jay Amsterdam, M.D.
Jules Angst, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Marie Åsberg, M.D.
David Avery, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
James C. Beck, M.D.
Dan Blazer, M.D.
Charles Bowden, M.D.
Ian Brockington, M.D.
Susan B. Campbell, Ph.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.
Bernard J. Carroll, M.D., Ph.D.
Giovanni Cassano, M.D.
Paul Chodoff, M.D.
William Coryell, M.D.
John L. Cox, D.M.
Jonathan Davidson, M.D.
John Davis, M.D.
Christine Dean, M.D.
Robert Delong, M.D.
J. Raymond DePaulo, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Cecile Ernst, M.D.
Max Fink, M.D.
Leslie M. Forman, M.D.
Linda George, Ph.D.
Robert Gerner, M.D.
Elliot Gershon, M.D.
William Goldstein, M.D.
Byron Good, Ph.D.
Frederick K. Goodwin, M.D.
Thomas Gordon Gutheil, M.D.
Wilma M. Harrison, M.D.
Jonathan M. Himmelhoch, M.D.
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Charles Holzer III, M.D.
Robert Howland, M.D.
Emily Hoyer, B.A.
James Jefferson, M.D.
Ira Katz, M.D.
Gabor Keitner, M.D.
Robert Kendell, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (décédé)
James Kocsis, M.D.
Harold Koenig, M.D.
Ernest Kovacs, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Andrew Krystal, M.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jacqueline LaLive, M.D.
Peter Lewinshon, Ph.D.
Wolfgang Maier, M.D.
John Mann, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Patrick McGrath, M.D.
Julien Mendelewicz, M.D.
Kathleen Merikangas, Ph.D.
Robert Michels, M.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Phyllis Nash, D.S.W.
Michael O'Hara, Ph.D.
David Osser, M.D.
Gordon Parker, M.D.
Barbara Parry, M.D.
Eugene Paykel, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Fredrick Pettv, M.D., Ph.D.
Robert M. Post, M.D.
Daniel Pure, A.B.
Frederic Quitkin, M.D.
Judith G. Rabkin, Ph.D.
Ted Reich, M.D.
Richard Ries, M.D.
Donald Robinson, M.D.

Holly Rogers, M.D.
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.
Norman Rosenthal, M.D.
Anthony Rothschild, M.D.
Mec Roy, M.D.
Cordelia Russell, B.A.
Alan Schatzberg, M.D.
Jan Scott, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.
Anne Simmons, Ph.D.
Stuart Sotsky, M.D.
David Steffens, M.D.
Jonathan Stewart, M.D.
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Michael Thase, M.D.
Richard Weiner, M.D.
Jan Weissenburger, M.A.
MyrnaM. Weissman, Ph.D.
Kenneth Wells, M.D.
Peter C. Whybrow, M.D.
George Winokur, M.D.
Anna Wirz-Justice, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.

Évaluation Multiaxiale
Jonathan F. Borus, M.D.
Kathleen Buckwalter, Ph.D.
Fredric Busch, M.D.
Eric Douglas Caine, M.D.
Thomas Carli, M.D.
Arnold Cooper, M.D.
Paul Crits-Christoph, M.D.
Susan Fine, M.A.
Paul J. Fink, M.D.
Jack Froom, M.D.
Akira Fujinawa, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Robert Glick, M.D.
Byron Gond, Ph.D.
Richard E. Gordon, M.D., Ph.D.
Barry Gurland, M.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Richard Hall, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Charles Hughes, Ph.D.
T. Byram Karasu, M.D.
James Karls, D.S.W.
Florence Kaslow, Ph.D.
Otto Kernberg, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (décédé)
Thomas Kuhlman, Ph.D.
Powell Lawton, Ph.D.
Joshua D. Lipsitz, Ph.D.
Christine Lloyd, M.D.
Lester Luborsky, M.D.
Roger Mackinnon, M.D.
Carolyn Mazure, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D.
Glen Pearson, M.D.
J. Christopher Perry, M.D.
George H. Pollock, M.D.
Joseph M. Rey, Ph.D.
Lawrence Rockland, M.D.
Geoffrey Shrader, M.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.
Alan Stoudemire, M.D.
James J. Strain, M.D.
John S. Strauss, M.D.
Christopher 'fermant, M.D.
Mary Durand Thomas, R.N., Ph.D.
Virginia Tilden, R.N., D.N.Sc.
George Vaillant, M.D.
Holly Skodol Wilson, R.N., Ph.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.

Troubles de la personnalité
Gerald Adler, M.D.
Salman Akhtar, M.D.
Hagop Akiskal, M.D.
Norimassa Akuta, M.D.
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.
Arthur Alterman, Ph.D.
Antonio Andreoli, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Beng-Ake Armelius, Ph.D.
Lorna Smith Benjamin, Ph.D.
Mark Berelowitz, M.D.
Jack Brandes, M.D.
Remi Cadoret, M.D.
Paul Chodoff,
Lee Anna Clark, Ph.D.
John Clarkin, Ph.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Jerome Cohen, D.S.W.
Kary Cole, M.D.
Arnold Cooper, M.D.

Paul Costa, Ph.D.
Alv A. Dahl, M.D.
Carl Eisdorfer, M.D., Ph.D., M.S.W.
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
John Frosch, M.D.
William Goldstein, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Judith Herman, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Stephen W. Hurt, Ph.D.
Steven Hyler, M.D.
Karen John, M.D.
Patricia Judd, M.S.W.
Charles Kaelber, M.D.
Oren Kalus, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Otto Kernberg, M.D.
Donald Kiesler, Ph.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Donald F. Klein, M.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Harold Koenigsberg, M.D.
Jerome Kroll, M.D.
Marsha Linehan, Ph.D.
Paul Links, M.D.
John Lion, M.D.
W. John Livesley, M.D.
Armand Loranger, Ph.D.
Spencer Lyerly, Ph.D.
Michael Lyons, Ph.D.
K. Roy MacKenzie, M.D.
Roger Mackinnon, M.D.
Nikolas Manos, M.D.
James Masterson, M.D.
Robert McCrae, Ph.D.
Thomas McGlashan, M.D.
Robert David Miller, M.D., Ph.D.
Leslie Morey, Ph.D.
Ole Mors, M.D.
Kazuhisa Nakao, M.D.
H. George Nurnberg, M.D.
John Oldham, M.D.
Yutaka Ono, M.D.
Stephen L. Oxlev, Ph.D.
Joel Paris, M.D.
Gordon Parker, M.D.
Glen Pearson, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
J. Christopher Perry, M.D.
Ethel Person, M.D.
Katharine Anne Phillips, M.D.
Paul Pilkonis, Ph.D.
Harrison Pope, M.D.
Charles Pull, M.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
William H. Reid, M.D.
Lee Robins, Ph.D.
Elsa Ronningstam, Ph.D.
Loren Henry Roth, M.D.
Robert Ruegg, M.D.
Pedro Ruiz, M.D.
A. John Rush, M.D.
Marvin Schwartz, M.D.
Richard Selman, M.D.
Kenneth Silk, M.D.
Bennett Simon, M.D.
Richard C. Situons, M.D.
Erik Simonsen, M.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
Paul Harris Soloff, M.D.
Stephen Sternbach, M.D.
Man Stone, M.D.
Michael Stone, M.D.
Lawrence Tancredi, M.D.
Alex Tarnopolsky, M.D.
Auke Tellegen, Ph.D.
Pekka Tienari, M.D.
Svenn Torgensen, M.D.
Joseph Triebwasser, M.D.
Robert Tringone, Ph.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Peter Tyrer, M.D.
Lindsey Tweed, M.D.
T. Bedirhan Ustun, M.D.
Per Vaglum, M.D.
Sonya Vaglum, M.D.
George Vaillant, M.D.
Lenore B. Walker, Ed.D.
Dermot Walsh, M.B.
Jack Wiggins, Ph.D.
Jerry Wiggins, Ph.D.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

Trouble dysphorique prémenstruel

Elissa P. Benedek, M.D.
Sarah Berga, M.D.

Susan Jane Blumenthal, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.
Ellen W. Freeman, Ph.D.
Sheryl Gallant, Ph.D.
Leslie Gise, M.D.
Urie! Halbreich, M.D.
Jean Hamilton, M.D.
Michelle Harrison, M.D.
Roger F. Haskett, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Stephen W. Hurt, Ph.D.
Renee Johns, B.A.
W. Keye, Jr., M.D.
Martha Kirkpatrick, M.D.
Martha McClintock, Ph.D.
Margaret L. Moline, Ph.D.
Carol C. Nadelson, M.D.
Howard Osofsky, M.D.
Mary Brown Parlee, Ph.D.
Jeff Rausch, M.D.
Robert Reid, M.D.
R. Rhodes, M.D.
Ana Rivera-Tovar, Ph.D.
Gail Robinson, M.D.
Miriam Rosenthal, M.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
David Rubinow, M.D.
Paula Schnurr, Ph.D.
John Steege, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Donna Stewart, M.D.
Anna Stout, M.D.
Lenore B. Walker, Ed. D.
David Youngs, M.D.

Troubles de l'adaptation, Troubles dissociatifs, Troubles factices, Troubles du contrôle des impulsions, Troubles somatoformes et Facteurs psychologiques influençant une affection médicale

Paul S. Appelbaum, M.D.
Allyson Ashley, D.S.W.
Arthur J. Barsky, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Johnathon O Beahrs, M.D.
David Bear, M.D.
Gale Beardsley, M.D.
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil.
Kenneth Bowers, Ph.D.
John Bradford, M.D.
Bennett Braun, M.D.
Etzel Cardena, Ph.D.
James Chu, M.D.
Catherine Classen, Ph.D.
Philip Coons, M.D.
Douglas Detrick, Ph.D.
Robert H. Dworkin, Ph.D.
David Folks, M.D.
Fred Frankel, M.D.
Edward Frischholz, Ph.D.
George Fulup, M.D.
Rollin Gallagher, M.D.
Jeffrey Geller, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Michael G. Goldstein, M.D.
Veerainder Goli, M.B.
Carlos A. Gonzalez, M.D.
Junius Gonzales, M.D.
Michael I. Good, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Samuel B. Guze, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Nelson Hendler, M.S, M.D.
Ernest Hilgard, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Jimmie C. Holland, M.D.
Fric Hollander, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Roger Kathol, M.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Richard Kluft, M.D.
Cheryl Koopman, Ph.D.
Donald S. Kornfeld, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
John Kurtz, M.D.
Henry R. Lesieur, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
John Lion, M.D.
Zbigniew J. Lipowski, M.D.
Don R. Lipsitt, M.D.
Richard Loewenstein, M.D.
Jeffrey Mattes, M.D.

M. Eileen McNamara, M.D.
Harold Merskey, D.M.
Michael Moran, M.D.
George B. Murray, M.D.
John Nemiah, M.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Raymond Niaura, Ph.D.
Perry M. Nicassio, Ph.D.
Martin Orne, M.D., Ph.D.
Kalpana Pakianathan, M.D.
Robert O. Pasnau, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Samuel W. Perry III, M.D.
Gary Peterson, M.D.
John Plewes, M.D.
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
Frank Putnam, M.D.
Phillip Jacob Resnick, M.D.
Richard J. Rosenthal, M.D.
Colin A. Ross, M.D.
John 7. Sadler, M.D.
Shirley Sanders, Ph.D.
Stephen M. Saravay, M.D.
Jonathon F. Silver, M.D.
Herbert Spiegel, M.D.
Marlene Steinberg, M.D.
Robert Stewart, D.S.W.
Marvin Swartz, M.D.
Troy L. Thompson 11, M.D.
Moshe Torem, M.D.
Eldon Tunks, M.D.
William L. Webb, Jr., M.D. (décédé)
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
Lewis Jolly West, M.D.
Ronald Winchel, M.D.
Thomas Nathan Wise, M.D.
Dennis Wolf, M.D.
Derson Young, M.D.
Stuart C. Yudofsky, M.D.
Sean Yutzy, M.D.

Schizophrénie et autres Troubles psychotiques

Xavier Amador, Ph.D.
Stephan Arndt, Ph.D.
Peter Berner, M.D.
Istvan Bitter, M.D.
Donald W. Black, M.D.
Randy Borum, M.D.
Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.
H. Stephan Bracha, M.D.
Ian Brockington, M.D.
William Carpenter,
Richard J. Castillo, Ph.D.
David Copolov, M.D.
Lawrence A. Dunn, M.D.
William Edell, Ph.D.
Akira Fujinawa, M.D.
Carlos A. Gonzalez, M.D.
Jack Gorman, M.D.
Igor Grant, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Gretchen Haas, Ph.D.
Martin Harrow, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
Marvin Karno, M.D.
Robert Kendell, M.D.
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
Robert Liberman, M.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Mario Maj, M.D.
Joseph P. McEvoy, M.D.
Max McGee, M.D.
Patrick McGorry, M.B.B.S.
Herbert Meltzer, M.D.
Man Metz, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Mark Richard Munetz, M.D.
Alistair Munroe, M.D.
Keith Neuchterlein, Ph.D.
Yuji Okazaki, M.D.
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
Stein Opjordsmoen, Ph.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Godfrey Pearlson, M.D.
Delbert Robinson, M.D.
Nina Schooler, Ph.D.
Larry Siever, M.D.
Samuel Siris, M.D.
John Sweeney, Ph.D.
Sally Szymanski, D.O.
Mauricio Tohen, M.D.
Ming Tso Tsuang, M.D., Ph.D.
Michael Zaudig, M.D.

Troubles sexuels

John Bradford, M.D.
Robert P. Cabaj, M.D.
Dona L. Davis, Ph.D.
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.
Leslie Gise, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Gilbert Herdt, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Helen Kaplan, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Anna Stout, M.D.

Troubles du sommeil

Edward Bixler, M.D.
Jack Edinger, M.D.
Charles W. Erwin, M.D.
Eugene C. Fletcher, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Peter Hauri, Ph.D.
Anthony Kales, M.D.
Milton Kramer, M.D.
Rocco Manfredi, M.D.
Gail Marsh, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Harvey Moldofsky, M.D.
Timothy H. Monk, Ph.D.
Ralph Pascualy, M.D., R.N.
Howard Roffwarg, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
A. John Rush, M.D.
Constantin R. Soldatos, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.

Troubles liés à une substance

Henry Abraham, M.D.
Christer Allgulander, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Roland Atkinson, M.D.
Tom Babor, Ph.D.
George Bailey, M.D.
James Barbie, M.D.
Jeffrey Bedrick, M.D.
Fred K. Berger, M.D.
Jack D. Blaine, M.D.
Sheila Blume, M.D.
Richard Bonnie, J.D.
Kathleen Bucholz, Ph.D.
John Cacciola, Ph.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
William D. Clark, M.D.
Stephen Dinwiddie, M.D.
Griffith Edwards, M.D.
Marian Fischman, Ph.D.
Richard Frances, M.D.
William Frosch, M.D.
Marc Galanter, M.D.
Frank Gawin, M.D.
Edith S. Linansky Gomberg, Ph.D.
Enoch Gordis, M.D.
David Gorelick, M.D.
Bridget Grant, Ph.D.
Marcus Gram, Ph.D.
Lester Grinspoon, M.D.
Alfred Harklev, M.D.
James Hartford, M.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Arthur M. Horton, Ph.D.
John R; Hughes, M.D.
Michael Irwin, M.D.
Jerome Jaffe, M.D.
Denise Kandel, Ph.D.
Edward Kaufman, M.D.
Herbert Kleber, M.D.
Thomas Kosten, M.D.
Mary Jeanne Kreek, M.D.
James Langenbucher, Ph.D.
Edward D. Levin, Ph.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
James Maddox, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
Peter Martin, M.D.
Roy Mathew, M.D.
Wayne McFadden, M.D.
Thomas McLellan, Ph.D.
Jack H. Mendelsohn, M.D.
Roger Meyer, M.D.
Norman Miller, M.D.
Robert Millman, M.D.
Maristela Monteiro, M.D.
Robert M. Morse, M.D.
David F. Naftolowitz,
Paul Nagy
Charles O'Brien, M.D.
Glen Pearson, M.D.
Stanton Peele, Ph.D.

Helen Pettinatti, Ph.D.
Roy Pickens, Ph.D.
Andrzej Piotrowski, M.D.
Rumi Price, Ph.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Charles Riordan, M.D.
Jed Rose, Ph.D.
Bruce Rounsaville, M.D.
John Saunders, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Charles R. Schuster, Ph.D.
Boris Segal, M.D.
Roy Stein, M.D.
Lee L. Towle, Ph.D.
John Tsuang, M.D.
Harold Urschell III, M.D.
Dermot Walsh, M.B.
Robert Weinrieb, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Kenneth Winters, Ph.D.
Sheldon Zimberg, M.D.

Conseillers de la Task Force

Codage

Andrea Albaum-Feinstein
Margaret Amatayakul, M.B.A, R.R.A.
Amy Blum, M.P.H., R.R.A.
Delray Green, R.R.A.
Deborah K. Hansen, A.R.T., C.C.S.
Robert A. Israel, M.P.H.
L. Ann Kirner, C.C.S.
Perrianne Lurie, M.D., M.P.H.
Sue Meads, R.R.A.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

Considérations culturelles

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Delores Parron, Ph.D.
Byron Good, Ph.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.
Victor R. Adebimpe, M.D.
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.
William Arroyo, M.D.
Morton Beiser, M.D.
James Boster, Ph.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
Ian Alberto Canino, MD.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Freda Cheung, Ph.D.
Ellen Corin, Ph.D.
Doua L. Davis, Ph.D.
Armando Favazza, M.D.
Candace Fleming, Ph.D.
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
Atwood Gaines, Ph.D.
Albert Gaw, M.D.
James Gibbs, Ph.D.
Carlos A. Gonzalez, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.
Gilbert Herdt, Ph.D.
Kim Hopper, Ph.D.
David Hufford, Ph.D.
Charles Hughes, Ph.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Marvin Karno, M.D.
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Paul Koegel, Ph.D.
Robert F. Kraus, M.D.
Tina K. Leonard-Green, M.S., R.D.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
T-Y Lin, M.D.
Roland Littlewood, M.B., D.Phil.
Francis Lu, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
'Teresa O'Nell, Ph.D.
Raymond Prince, M.D.
Juan Ramos, Ph.D.
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.
Lloyd Rogler, Ph.D.
William H. Sack, M.D.
Ihsan Salloum, M.D., M.P.H.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.
Catherine L. Shisslak, Ph.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.

Jeanne M. Spurlock, M.D.
Nicolette Teufel, Ph.D.
James W. **Thomson,** M.D., M.P.H.
Wen-Shing Tseng, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Charles Wilkinson, M.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Joseph Yamamoto, M.D.

Famille/Relations
James Alexander, Ph.D.
Arthur M. Bodin, Ph.D.
Robert Butler, M.D.
Patricia Chamberlain, Ph.D.
Dante Cichetti, Ph.D.
John Clarkin, Ph.D.
Daniel Corwin, M.D.
Mark R. Ginsberg, Ph.D.
Michael J. Goldstein, Ph.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Michael D. Kahn, Ph.D.
Sandra Kaplan, M.D.
Florence Kaslow, Ph.D.
John F. Knutson, Ph.D.
Judy Magil, M.S.W
David Milkowitz, Ph.D.
K. Daniel O'Leary, Ph.D.
David Oison, Ph.D.
David Pelcovitz, Ph.D.
Angus M. Strachan, Ph.D.
Terry S. Trepper, Ph.D.
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.
Ramsy Yassa, M.D.

Considérations légales
Paul S. Appelbaum, M.D.
James C. Beck, M.D.
Lewis M. Bloomingdale, M.D.
Richard Bonnie, J.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Jeffrey Gelles, M.D.
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
Thomas Gordon Gutheil, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Stuart Kleinman, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Charles A. Meyer, Jr., M.D.
Robert David Miller, M.D., Ph.D.
Mark Richard Munetz, M.D.
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
Phillip Jacob Resnick, M.D.
Richard Rosner, M.D.
Daniel W. Shuman
Larry H. Strasburger, M.D Phi).
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Howard Zonana, M.D.

Troubles des mouvements induits par un médicament
Gerard Addonizio, M.D.
Lenard Adler, M.D.
Burt Angrist, M.D.
Ross J. Baldessarini, M.D.
Stanley N. Caroff, M.D.
Daniel Casey, M.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
George Gardos, M.D.
Allen Gelenberg, M.D.
James Jefferson, M.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
John M. Kane, M.D.
Paul E. Keck, M.D.
James Levenson, M.D.
Stephan C. Mann, M.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Patricia Rosebush, M.D.
Virginia Susman, M.D.
Peter Weiden, M.D.
Ramsy Yassa, M.D.

Conseillers de la Task Force du DSM-IV
Boris M. Astrachan, M.D.
Robert Avant, M.D.
Jeanette Bair, B.S., M.B.A.
W. Robert Beavers, M.D.
Jeffrey Bedrick, M.D.
Cari Bell, M.D.
Ellen Berman, M.D.
Eugene Broadhead, M.D Ph.D.
L'aura Brown, Ph.D.
Robert P. Cabaj, M.D.
Robert Caban, M.D.
Robert Chiarello, M.D.
William D. Clark, M.D.
Steven Cohen-Cole, M.D

Lee Combrinck-Graham, M.D.
Vicky Conn, R.N
Harris Cooper, Ph.D.
Michael Crouch, M.D.
Alan Daniels,
Frank deGruy, M.D.
Susan Dime-Meenan
Stacy Donovan, B.A.
Richard Dudley, M.D.
Suzanne Dworak-Peck
Bruce Emery, A.C.S.W.
Spencer Falcon, M.D.
Louis Fine, M.D.
Susan Fine, M.A.
Rita Finnegan, R.R.A.
Gerald H. Flamm, M.D.
Laube Flynn, B.A.
Raymond D. Fowler, Ph.D.
Richard Frances, M.D.
Jack Froom, M.D.
Robert W. Gibson, M.D.
Junius Gonzales, M.D.
Raphael S. Good, M.D.
Robert C. Green, M.D.
Larry P. Griffin, M.D.
Claire Griffin-Francell, R.N.
Alfred Harkley, M.D.
Norman B. Hartstein, M.D.
Ann Hohmann, Ph.D.
Theodore Hutchison, M.D.
Dale Johnson, Ph.D.
John E. Joyner, M.D.
Harold Kaminetzsky, M.D.
Ira Katz, M.D.
Jerald Kay, M.D.
Kelly Kelleher, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
John J. LaFerla, M.D.
Marion Langer, Ph.D.
Martha Lasseter, R.R.A.
Philip Lavori, Ph.D.
Lawrence N. Lazarus, M.D.
Harriet Lefley, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Frank Ling, M.D.
Mack Lipkin, M.D.
Don-David Lusterman, Ph.D.
Richard M. Magraw, M.D.
Kathryn Magruder, Ph.D., M.P.H.
Dale Matthews, M.D.
Chuck Miles, M.D.
Sheldon I. Miller, M.D.
Paul D. Mozley, M.D.
Kathi Pajer, M.D.
Joseph Palombi, M.D.
Robert C. Park, M.D.
Elaine Purpel, M.S.W.
Peter Rabins, M.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Richard Rahe, M.D.
Peter Rappo, M.D.
Marilyn Rosenson, M.S.W.
Marshall Rosman, Ph.D.
Donald J. Scherl, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Diana Seebold, R.R.A.
Charles A. Shamoian, M.D., Ph.D.
Steven Sharfstein, M.D.
J. Gregory Shea
Alfred Skinner, M.D.
William W. Snavely
Janet T. Spence
Leon Speroff, M.D.
Emanuel Steindler
Melvin Stem, M.D.
James E. Strain, M.D.
Rev. Paul C. Tomlinson
Michael B. Unhjem.
Jerome Vaccaro, M.D.
Jeanne Van Riper, A.R.T.
Alan J. Wabrek, M.D.
Lenore B. Walker,
Steven Wartman, M.D.
Robert Weinrieb, M.D.
Robert Weinstock, Ph.D.
Bryant Welch, Ph.D.
Eleanor White, Ph.D.
Robert L. Williams, M.D.
Mark Wolraich, M.D.
David Youngs, M.D.

Conseillers internationaux

La Task Force du DSM-IV a recherché la compétence de nombreux experts internationaux. Leur contribution a permis la prise en compte de la dimension culturelle, l'application du DSM-IV par des professionnels internationaux de la Santé mentale et une meilleure compatibilité avec la CIM-10. Des experts internationaux ont conseillé aussi bien la Task Force que les différents groupes de travail.

Christer Allgulander, M.D. (Sweden)
Paulo Alterwain, M.D. (Uruguay)
Antonio Andreoli, M.D. (Switzerland)
Jules Angst, M.D. (Switzerland)
Beng-Ake Armelius, Ph.D. (Switzerland)
Marie Åsberg, M.D. (Sweden)
Tolani Asuni, M.D. (Nigeria)
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil. (England)
Mark Berelowitz, M.D. (England)
Peter Berner, M.D. (Austria)
Aksel Bertelsen, M.D. (Denmark)
Peter Beumont, M.D. (Australia)
Istvan Bitter, M.D. (Hungary)
Ray Blanchard, Ph.D. (Canada)
Daniel Bobon (Belgium)
Jacek Bomba, M.D. (Poland)
Kenneth Bowers, Ph.D. (Canada)
John Bradford, M.D. (Canada)
Susan Bradley, M.D. (Canada)
Jack Brandes, M.D. (Canada)
Ian Brockington, M.D. (England)
Graham Burrows, M.D. (Australia)
Patricia Casey, M.D. (Ireland)
Giovanni Cassano, M.D. (Italy)
Doo Young Cho, M.D. (Korea)
David M. Clark, Ph.D. (England)
John E. Cooper, M.D. (England)
Peter J. Cooper, M.D. (England)
David Copolov, M.D. (Australia)
Jorge Costa e Silva, M.D. (Brazil)
Arthur H. Crisp, M.D. (England)
Stanislaw Dabrowski, M.D. (Poland)
Adrian Dafunchio, M.D. (Argentina)
Alv A. Dahl, M.D. (Norway)
Christine Dean, M.D. (England)
Horst Dilling, M.D. (Germany)
Keith Stephen Dobson, Ph.D. (Canada)
Griffith Edwards, M.D. (England)
Christopher Fairburn, M.D. (England)
François Ferrero, M.D. (Switzerland)
Manfred Fichter, M.D. (Germany)
Martine Flament, M.D. (France)
Chris Freeman, M.D. (Scotland)
Harold Freyberger, M.D. (Germany)
Akira Fujinawa, M.D. (Japan)
Paul Garfinkel, M.D. (Canada)
Michael Gelder, M.D. (England)
Semyon Gluzman, M.D. (former USSR)
Judith H. Gold, M.D. (Canada)
Marcus Grant, Ph.D. (Switzerland)
Herta A. Guttman, M.D. (Canada)
Heinz Hafner, M.D. (Germany)
Robert Hare, Ph.D. (Canada)
Lily Hechtman, M.D. (Canada)
Michiel W. Hengeveld, M.D., Ph.D. (Netherlands)
C. Peter Herman, Ph.D. (Canada)
Hans Hippius, M.D. (Germany)
Willem M. Hirs, M.D. (Netherlands)
Teo Seng Hock, M.D. (Singapore)
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D. (Netherlands)
Yoshiko Ikeda, M.D. (Japan)
Assen Jablensky, M.D. (Bulgaria)
Aleksander Janca, M.D. (Switzerland)
Philippe Jeammet, M.D. (France)
Karen John, M.D. (England)
Miguel Jorge, M.D., Ph.D. (Brazil)
Ross S. Kalucy, M.D. (Australia)
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D. (Denmark)
Heinz Katschnig, M.D. (Austria)
Justin Kenardy, Ph.D. (Australia)
Robert Kendell, M.D. (Scotland)
Sid Kennedy, M.D. (Canada)
Renard Knabbe, M.D. (Switzerland)
Vladimir Kovalev, M.D. (former USSR)
Evsey Krasik, M.D. (former USSR)
Yves Lecrubier, M.D. (France)

Pierre Leichner, M.D. (Canada)
Jill Leolbonne, M.D. (England)
Bernard Lerer, M.D. (Israel)
Aubrey Levin, M.D. (South Africa)
Paul Links, M.D. (Canada)
Zbigniew Lipowski, M.D. (Canada)
Alwyn Lishman, M.D. (England)
W. John Livesley, M.D. (Canada)
J. López-Ibor, Jr., M.D. (Spain)
Mario Maj, M.D. (Italy)
Felice Lieh Mak (China)
Nikolas Manos, M.D. (Greece)
Isaac Marks, M.D. (England)
Alexander C. McFarlane, M.B.B.S. (Hons), M.D. (Australia)
Patrick McGorry, M.B.B.S. (Australia)
Julien Mendelewicz, M.D. (Belgium)
Klaus Minde, M.D. (Canada)
Harvey Moldofsky, M.D. (Canada)
Maristela Monteiro, M.D. (Brazil)
Stuart Montgomery, M.D. (England)
01e Mors, M.D. (Denmark)
Alistair Munroe, M.D. (Canada)
Gulam Mustafa, M.D.(Kenya)
Yoshibumi Nakane, M.D. (Japan)
W.A. Nolen (Netherlands)
Claes Norring, Dr.Med.Sc. (Sweden)
Yuri Nuller (former USSR)
Ahmed Okasha, M.D. (Egypt)
Yuji Okazaki, M.D. (Japan)
Yutaka Ono, M.D. (Japan)
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc. (Mexico)
Stein Opjordsmoen, Ph.D. (Norway)
John Orley, M.D. (Switzerland)
Lars Goran Öst, Ph.D. (Sweden)
Stefano Pallanti, M.D. (Italy)
Joel Paris, M.D. (Canada)
Gordon Parker, M.D. (Australia)
Eugene Paykel, M.D. (England)
Kok Lee Peng, M.D. (Singapore)
Uwe Henrick Peters, M.D. (Germany)
Carlo Perris, M.D. (Sweden)
Pierre Pichot, M.D. (France)
Andrzej Piotrowski, M.D. (Poland)
Karl Pirke, M.D. (Germany)
Janet Polivy, Ph.D. (Canada)
Charles Pull, M.D. (Luxembourg)
Kari Pylkkanen, M.D. (Finland)
Juan Ramon de la Fuente, M.D. (Mexico)
Beverley Raphael, M.D. (Australia)
Robert Reid, M.D. (Canada)
Helmut Remschmidt (Germany)
Nils Rettersol, M.D. (Norway)
Joseph M. Rey, Ph.D. (Australia)
Jeffrey C. Richards, Ph.D. (Australia)
Antonio A. Rizzoli, M.D. (Italy)
Paul Robinson, M.D. (England)
Sir Martin Roth, M.D. (England)
Byron Rourke, Ph.D. (Canada)
Gerald Russell, M.D. (England)
Sir Michael Rutter, M.D. (England)
Javier Saavedra, M.D. (Peru)
Paul Salkovskis, Ph.D. (England)
Norman Sartorius, M.D., Ph.D. (Switzerland)
John Saunders, M.D. (Australia)
Aart H. Schene, M.D. (Netherlands)
Marcus Fini Schulsinger, M.D. (Denmark)
Jan Scott, Ph.D. (England)
Ruben Hernandez Serrano, M.D. (Venezuela)
Michael Shephard, M.D. (England)
Erik Simonsen, M.D. (Denmark)
Cees J. Slooff, M.D. (Netherlands)
Constantin R. Soldatos, M.D. (Greece)
Zahava Soloman, M.D. (Israel)
Marin Stancu, M.D. (Romania)
Meir Steiner, M.D., Ph.D. (Canada)
Donna Stewart, M.D. (Canada)
Eric Stromgren, M.D. (Denmark)
Peter Szatmari, M.D. (Canada)
George Szmukler, M.D. (England)
Alex Tarnopolsky, M.D. (Canada)
Christopher Tennant, M.D. (Australia)
Sten Theander, M.D. (Sweden)
Pekka Tienari, M.D. (Finland)
Svenn Torgensen, M.D. (Norway)
Peter Trower, Ph.D. (England)
Eldon Tunks, M.D. (Canada)
Peter Tyrer, M.D. (England)
T. Bedirhan Ustun, M.D. (Switzerland)
Per Vaglum, M.D. (Norway)
Walter Vandereycken, M.D. (Belgium)
Jenny Van Drimmelen-Krabbe, M.D. (Switzerland)
J. T. van Mens, M.D. (Netherlands)
David Veale, M.R.C.Psych. (England)

F. C. Verhulst (Netherlands)
Marcio Versiani, M.D. (Brazil)
Marten W. de Vries, M.D. (Netherlands)
Dermot Walsh, M.B. (Ireland)
Winny Weeda-Mannak, Ph.D. (Netherlands)
John S. Werry, M.D. (New Zealand)
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D. (Germany)
Ramsy Yassa, M.D. (Canada)
Derson Young, M.D. (China)
Michael Zaudig, M.D. (Germany)
Joseph Zohar, M.D. (Israel)
Kenneth J. Zucker, Ph.D. (Canada)
Roberto Llanos Zuloaga, M.D. (Peru)

Études sur le terrain du DSM-IV

Les études sur le terrain financées par le National Institute of Mental Health en collaboration avec le National Institute on Drug Abuse et le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ont fourni des données inestimables et ont grandement contribué à la qualité du DSM-IV. Nous remercions Darrel Regier MD MPH, Directeur de la Division d'Épidémiologie et des Services de Recherche et Charles Kaelber MD, Project Officer, pour leur soutien et leur compétence. Nous remercions également les participants aux études sur le terrain dont les noms suivent :

Investigateur principal
Allen Frances, M.D.

Co-Investigateur principal
Harold Allan Pincus, M.D.

Coordinateur des Etudes sur le Terrain
Myriam Kline, M.S.

Consultant en Statistiques
Helena Kraemer, Ph.D.

Personnalité antisociale

Directeur du projet
Thomas A. Widiger, Ph.D.

Coordinateurs locaux
Arthur Alterman, Ph.D.
Remi J. Cadoret, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Lee Robins, Ph.D.
George E. Woody, M.D.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

Autisme et Troubles envahissants du développement

Directeur général
Fred Volkmar, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Magda Campbell, M.D.
B. J. Freeman, Ph.D.
Ami Klin, Ph.D.
Catherine Lord, Ph.D.
E. Ritvo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.
Fric Schopler, Ph.D.

Coordinateurs locaux
Participants bénévoles
Joel Bregman, M.D.
Jan Buitelaar, M.D.
Soo Churl Cho, M.D.
Fric Fombonne, M.D.
Joaquin Fuentes, M.D.
Yossie Hattab, M.D.
Yoshihiko Hoshino, M.D.
J. Kerbeshian, M.D.
William Kline, Ph.D.
Katherine Loveland, Ph.D.
Bryna Siegel, Ph.D.
Wendy Stone, M.D.
Peter Szatmari, M.D.M.D.
Ludwig Szymanski,
Kenneth Towbin, M.D.
John S. Werry, M.D.

Comportement perturbateur

Directeur du projet
Benjamin Lahey, Ph.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Russell Barkley, Ph.D.
Joseph Biederman, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.
Laurence Greenhill, M.D.
George Hynd, Ed.D.
Keith McBurnett, Ph.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Thomas 011endick, Ph.D.

Coordinateurs locaux
Participants bénévoles
Paul Frick, Ph.D.
Peter Jensen, M.D.
Lynn Kerdyk, Ph.D.
John Richters, Ph.D.

Coordinateur des données
Dorcas Perez, B.A.

Dépression majeure, Dysthymie et Dépression mineure

Directeur du projet
Martin B. Keller, M.D.
(également coordinateur local)

Codirecteurs du projet
Michael B. First, M.D.
James Kocsis, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Robert M.A. Hirschfeld, M.D.
Charles Holzer, Ph.D.
Gabor Keitner, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Deborah Marin, M.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.

Coordinateurs des données
Diane Hanks, M.A.
Cordelia Russell, B.A.

Trouble mixte anxieux et dépressif

Directeurs du projet
David H. Barlow, Ph.D.
(également coordinateur local)
Michael R. Liebowitz, M.D.
(également coordinateur local)
Richard Zinbarg, Ph.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Phil Brantley, Ph.D.
Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Jean-Pierre Lepine, M.D.
Jeffrey C. Richards, Ph.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Linda Street, Ph.D.
Mardjan Teherani, Ph.D.

Trouble obsessionnel-compulsif

Directeur du projet
Edna Foa, Ph.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Jane Eisen, M.D.
Wayne Goodman, M.D.
Hella Hiss, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Joseph Ricciardi, Ph.D.
Peggy Richter, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.

Trouble panique

Directeur du projet
Abby Fyer, M.D.
(également coordinateur local)

Codirecteur du projet
James C. Ballenger, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
David H. Barlow, Ph.D.
Michael Hollifield, M.D.
Wayne Katon, M.D.
Richard Swinson, M.D.

Analystes des données
Tim Chapman, M.Phil.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.

Coordinateur des données
Hilary Rassnick, M.A.

État de Stress post-traumatique

Directeurs du projet
Dean Kilpatrick, Ph.D.
(également coordinateur local)

Bessel van der Kolk, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
John Freedy, Ph.D.
Sandra Kaplan, M.D.
David Pelcovitz, Ph.D.
Patty Resick, Ph.D.
Heidi Resnick, Ph.D.
Susan Roth, Ph.D.

Schizophrénie et autres troubles psychotiques

Directeurs du projet
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
(également coordinateur local)
Michael A. Flaum, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Xavier Amador, Ph.D.
H. Stephan Bracha, M.D.
William Edell, Ph.D.
Jack Gorman, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Thomas MacGlashan, M.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Delbert Robinson, M.D.

Coordinateurs locaux
Participants bénévoles
Patrick McGorry, M.B.B.S.
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
Mauricio Tohen, M.D.

Troubles du sommeil

Directeurs du projet
Daniel Buysse, M.D.
(également coordinateur local)
David J. Kupfer, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.

Coordinateurs locaux
Edward Bixler, M.D.
Peter Hauri, Ph.D.
Anthony Kales, M.D.
Rocco Manfredi, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.

coordinateur des données
Debbie Mesiano, B.S.

Somatisation

Directeur du projet
C. Robert Cloninger, M.D.

Coordinateurs locaux
Samuel B. Guze, M.D.
Roger Kathol, M.D.
Ronald L. Martin, M.D.
Richard Smith, M.D.
James J. Strain, M.D.
Sean Yutzy, M.D.

Utilisation d'une substance

Directeurs du projet
Linda Couler, Ph.D.
(également coordinateur local)
John E. Helzer, M.D.
Marc Alan Schuckit, M.D.
(également coordinateur local)

Coordinateurs locaux
Thomas Crowley, M.D.
John R. Hughes, M.D.
George E. Woody, M.D.

Coordinateur local
Participant bénévole
Jean-Pierre Lepine, M.D.

Projet MacArthur de ré-analyse des données

Le projet de ré-analyse des données, grâce à une généreuse donation de la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur, a abouti à une volumineuse hase de données de recherche clinique. Nous adressons de vifs remerciements à Dennis Prager de la Fondation pour son immense soutien. L'aide des personnes, dont les noms suivent, qui ont conduit les projets de ré-analyse des données, a été particulièrement appréciée.

Investigateur principal
Allen Fiances, M.D.

Co-investigateurs principaux
Harold Alan Pincus, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.

Troubles anxieux
David H. Barlow, Ph.D.
Dehorah C. Beidel, Ph.D.
Thomas Burton, B.A.
Michelle G. Craske, Ph.D.
George C. Curtis, M.D.
Peter A. DiNardo, Ph.D.
Abby Fyer, M.D.
Robin Garfinkel, Ph.D.
Richard Heimberg, Ph.D.
Elizabeth M. Hill, Ph.D.
Christopher D. Hornig, B.A.
Ewald Horwath, M.D., M.Sc.
James Johnson, Ph.D. (décédé)
Harlan Juster, Ph.D.
Wayne Raton, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (décédé)
Karen Law, B.A.
Andrew Leon, Ph.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Jill Mattia, M.A.
Eryn Oberlander, M.D.
Susan Orsillo, M.A.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Paul Salkovskis, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Samuel M. Turner, Ph.D.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Susan I. Wolk, M.D.
Roberto Zarate, M.A.

Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs
Michael O. Colvin, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Gary Lloyd Gottlieh, M.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
Sue Levkoff, D.Sc.
Benjamin Liptzin, M.D.
George W. Rebok, Ph.D.
David Salmon, Ph.D.
Leon Thal, M.D.

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
Brooks Applegate, Ph.D.
Gerald August, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.
Joel Bregman, M.D.
Patricia Cohen, Ph.D.
Michael Flory, Ph.D.
Susan Folstein, M.D.
Eric Fombonne, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Stephanie M. Green, M.S.
Jane E. Hood, M.A.
Kate Keenan, M.S.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Marion Leboyer, M.D.
Rolf Loeber, Ph.D.
Catherine Lord, Ph.D.
John McLennan, M.D.
Nancy Minshew, M.D.
Rhea Paul, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Howard M. Rebach, Ph.D.
Mary F. Russo, Ph.D.

Sir Michael Rutter, M.D.
Eric Schopler, Ph.D.
Christopher Thomas, M.D.
Fred Volkmar, M.D.
Katherine Williams, Ph.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Troubles des conduites alimentaires
Arnold Anderson, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Martine Riment, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
James Mitchell, M.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Steven Wonderlich, M.D.

Troubles de l'humeur
Gregory Asnis, M.D.
Mark S. Bauer, M.D.
Diane Bynum
joseph Calabrese, M.D.
William Coryell, M.D.
David Dunner, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Laszlo Gyulai, M.D.
Martin B. Keller, M.D.
James Kocsis, M.D.
Philip Lavori, Ph.D.
Yves Lecrubier, M.D.
Robert M. Post, M.D.
Samuel J. Simmens, Ph.D.
Stuart Sotsky,
Dan L. Tweed, M.D.
Lindsey Tweed, M.D.
Peter C. Whybrow, M.D.
Sharon Younkin

Troubles de la personnalité
Emil F. Coccaro, M.D.
Mark Davies, M.D.
Michael B. First, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Theodore Milton, Ph.D.
Vivian Mitropoulou, M.A.
Leslie Morey, Ph.D.
Bruce Pfohl, M.D.
Lee Robins, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Jeremy M. Silverman, Ph.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

Trouble dysphorique prémenstruel
Ellen Frank, Ph.D.
Ellen W. Freeman, Ph.D.
Leslie Gise, M.D.
Judith H. Gold, M.D.
Barbara Party, M.D.
Paula Schnurr, Ph.D.
Sally Severino, M.D.
John Steege, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.

Troubles de l'adaptation, Troubles dissociatifs, Troubles factices, Troubles du contrôle des impulsions, Troubles somatoformes et Facteurs psychologiques influençant une affection médicale
Henry R. Lesieur, M.D.
Juan Enrique Mezzich, MD., Ph.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
David Spiegel, M.D.
James J. Strain, M.D.

Schizophrénie et autres Troubles psychotiques
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
Gretchen Haas, Ph.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Patrick McGorry, M.B.B.S.
Keith Neuchterlein, Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D.

Troubles du sommeil
Daniel Buysse, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.

Troubles liés à une substance
John Cacciola, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Rumi Price, Ph.D.
Lee Robins, Ph.D.
Marc Alan Schuckit, M.D.
George E. Woody, M.D.

Étude sur le terrain de MacArthur sur la fidélité générale

Un deuxième projet soutenu par la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur a fourni des informations supplémentaires sur la validité des critères du DSM-IV. Cette étude sur le terrain avec enregistrements vidéo s'est terminée en 1995. Nous remercions les participants à ce projet dont les noms suivent :

Investigateurs Principaux
Allen Frances, M.D.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

Co-investigateurs principaux
Harold Alan Pincus, M.D.
Michael B. First, M.D.
Michael A. Flaum, M.D.
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

Participants à la phase pilote
Xavier Amador, Ph.D.
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
F.M. Baker, M.D.
Donald W. Black, M.D.
Carlos S. Castillo, M.D.
Scott C. Clark, M.D.
William Coryell, M.D.
Lisa B. Dixon, M.D.
Jack E. Downhill, Jr., M.D.
Katherine P. Duffy, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Michael A. Fauman, M.D., Ph.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Jack Gorman, M.D.
Paul E. Hogsten M.D.
Michael I.. Jeffries, M.D.
Douglas Langbehn, M.D.
Joseph Liberto, M.D.
David B. Mallot, M.D.
Del D. Miller, Pharm. D., M.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Jill A. RachBeisel, M.D.
Robert P. Schwartz, M.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
David H. Strauss, M.D.
Scoott Stuart, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Catherine Woodman, M.D.

Coordinateur du projet
Jennifer Norbeck M.S.W.

Consultant vidéo
Vincent Clayton, M.A.

Experts participants

La liste suivante fait figurer les participants au projet lors de la mise sous presse du DSM-IV.

Jonathan Alpert, M.D.
Katherine Attala, M.D.
David Avery, M.D.
Monica Ramirez Basco, Ph.D.
Mark S. Bauer,
(également coordinateur local)
Thomas F. Betzler, M.D.
Melanie M. Biggs, Ph.D.
(également coordinateur local)
Robert J. Bishop, M.D.
Danielle Bordeau, M.D.
Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.
Gary Bruss, Ph.D.
Peter Bucklev, M.D.
Deborah S. Cowley, M.D.
Brian Cox, Ph.D.
James David, M.D.
Collette De Marneffe, Ph.D.
Judith Dogin, M.D.
Seda Ebrahimi, Ph.D.

Jane Eisen, M.D.
Maurizio Fava, M.D.
Paul Federoff, M.D.
Mark K. Fulton, M.D.
Diego Garcia-Borreguero, M.D.
Roya Ghadimi, M.D.
David S. Goldbloom, M.D.
Reed D. Goldstein, Ph.D.
(également coordinateur local)
Micael Golinkoff, Ph.D.
Peter Goyer, M.D.
Alan M. Gruenberg, M.D.
Michael E. Henry, M.D.
Selby C. Jacobs, M.D.
J. Joel Jeffries, M.B.
(également coordinateur local)
Sheri Johnson, Ph.D.
Kathleen Kim, M.D., M.P.H.
Carolyn M. Mazure, Ph.D.
(également coordinateur local)
Joseph P. McEvoy, M.D.
Arnold Merrimam, M.D.
Timothy I. Mueller, M.D.
Andrew Nierenberg, M.D.
Michael Otto, Ph.D.
Michelle Pato, M.D.
Joel Pava, Ph.D.
Katharine Anne Phillips, M.D.
(également coordinateur local)
Mark Pollack, M.D.
Horatio Preval, M.D.
David W. Preven, M.D.
(également coordinateur local)
Richard Ries, M.D.
Robert C. Risinger, M.D.
Robert Ronis, M.D.
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.
(également coordinateur local)
Peter Roy-Byrne, M.D.
(également coordinateur local)
Mark Schmidt, M.D.
(également coordinateur local)
S. Charles Schulz, M.D.
Bruce Schwartz, M.D.
Michael Schwartz, M.D.
(également coordinateur local)
Michael J. Sernyak, M.D.
Richard Swinson, M.D.
Madhukar H. Trivedi, M.D.
Andrea Weiss, M.D.
Kerrin White, M.D.
Lawrence Wilson, M.D.
John Worthington, M.D.
Joan Youchah, M.D.

Autres organisations de Santé

Au moment de commencer ses travaux, la Task Force du DSM-IV a invité plus de 60 organisations de santé à assurer une liaison avec elle pour garantir une ouverture suffisante au processus de révision et pour que des points de vue variés puissent être représentés. Les associations suivantes sont celles qui ont reçu des nouvelles régulières des groupes de travail et de la Task Force.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
American Academy of Family Physicians
American Academy of Pediatrics
American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions
American Academy of Psychiatry and the Law
American Association for Geriatric Psychiatry
American Association for Marriage and Family Therapy
American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry
American Association of Directors of Psychiatric Residency Training
American Association of Psychiatrie Administrators
American Board of Family Practice
American College of Obstetricians and Gynecologists
American College of Physicians
American Group Psychotherapy Association

American Health Information Management Association
American Medical Society on Alcohol and Other Drug Dependencies
American Nurses' Association
American Occupational Therapy Association
American Psychoanalytic Association
American Psychological Association
American Psychosomatic Society, Inc.
American Society for Adolescent Psychiatry
Association of Departments of Family Medicine
Association of Gay and Lesbian Psychiatrists
Association of Mental Health Clergy
Coalition for the Family
Group for the Advancement of Psychiatry
National Alliance for the Mentally Ill
National Association of Social Workers
National Association of Veterans Affairs Chiefs of Psychiatry
National Center for Health Statistics
National Council of Community Mental Health Centers
National Depressive and Manic Depressive Association
National Medical Association
National Mental Health Association
Society of General Internai Medicine
Society of Teachers of Family Medicine
World Health Organization

Annexe K

Conseillers pour la révision du texte du DSM-IV

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les troubles anxieux

Lisa Amaya-Jackson, M.D.
Martin M. Antony, Ph.D.
David Barlow, Ph.D.
J. Gayle Beck, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Thomas Borkovec, Ph-D.
Brian Cox, Ph.D.
Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
R. Bruce Lydiard, Ph.D., M.D.
Richard J. McNally, Ph.D.
Peter P. Roy-Byrne, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
Manuel Tancer, M.D.
Steven Taylor, Ph.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs et Troubles mentaux liés à une affection médicale générale

William Breitbart, M.D.
Martin Cole, M.D.
Sanford Finkel, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Igor Grant, M.D.
James Levenson, M.D.
Susan Levkoff Sc.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
Jacobo E. Mintzer, M.D.
Michael K. Popkin, M.D.
Peter V. Rabins, M.D.
Gary W. Small, M.D.
Friedrich Stiefel, M.D.
Gary I. Tucker M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Howard Abikoff, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Diane Benoit, M.D.
Boris Birmaher, M.D.
Caryn L. Carlson, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Paul Frick, Ph.D.
Christopher Gillberg, M.D., Ph.D.
Laraine Masters Glidden, Ph.D.
Philip C. Kendall, Ph.D., A.B.P.P.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Alan Lincoln, M.D.
Vera Loening-Bauck, M.D.
Catherine Lord, Ph.D.
Don Lynam, Ph.D.
Keith McBurnett, Ph.D.
Gary Mesibov, Ph.D.
Nancy Minshew, M.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
Rhea Paul, Ph.D.
John Piacentini, Ph.D.
John Pomeroy, M.D.
Byron Rourke, F.R.S.C.
Sir Michael Rutter, M.D.
John E. Schowalter, M.D.
Larry Silver, M.D.
Ludwik Szymanski, M.D.
Digby Tantam, F.R.C.Psych.
Lorna Wing, M.D.
Sula Wolff, F.R.C.P.
joseph Woolston, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles des conduites alimentaires

W. Stewart Agras, M.D.
Barton y Blinder, M.D., Ph.D.
Cynthia M. Bulik, Ph.D.
Scott Crow, M.D.
Michael Devlin, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.
Katherine Halmi, M.D.
David Herzog, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
James I. Hudson, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Kenneth Kendler, M.D.
Sing Lee, F.R.C.Psych.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Marion P. Olmsted, Ph.D.
Albert Stunkard, M.D.
David Tobin, Ph.D.
Janet Treasure, M.D.
Walter Vandereycken, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles de l'humeur

Hagop Akiskal, M.D.
Lori L. Altshuler, M.D.
Ross J. Baldessarini, M.D.
Joseph Calabrese, M.D.
David L. Dunner, M.D.
Joseph Goldberg, M.D.
Paul E. Keck, M.D.
Daniel N. Klein, Ph.D.
James H. Kocsis, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.

Lawrence H. Price, M.D.
Gregory Simon, M.D.
Andrew Stoll, M.D.
Kimberl Yonkers, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles de la personnalité

Hagop Akiskal, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Lee Baer, Ph.D.
Roger Blashfield, Ph.D.
Robert Bornstein, Ph.D.
Paul Costa, Ph.D.
Allen Frances, M.D.
John Gunderson, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Daniel N. Klein, Ph.D.
Majorie Klein, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D., D.Sc.
Gerald Nestadt, M.D.
John Oldham, M.D.
Joel Paris, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Paul Pilkonis, Ph.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Lee Robins, Ph.D.
Elsa Ronningstam, Ph.D.
Megan Rutherford, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Rohert L. Spitzer, M.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Peter Tyrer, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur le Trouble dysphorique prémenstruel

Jean Endicott, Ph.D.
Ellen Freeman, Ph.D.
Judith Gon M.D.
Uriel Halbreich, M.D.
Barbara Parry, M.D.
David Rubinow, M.D.
Nada L. Stotland, M.D., M.P.H.
Kimberly Yonkers, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles de l'adaptation, les Troubles dissociatifs, les Troubles factices, les Troubles du contrôle des impulsions, les Troubles somatoformes, les facteurs psychologiques influençant une affection médicale

Donald W. Black, M.D.
Michael Bond, K.B., M.B.
Elizabeth S. Bowman, M.D.
James D. Bremner, M.D.
Thomas Markham Brown, M.D.
Etzel Cardeña, Ph.D.
Gary Christenson, M.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Philip M. Coons, M.D.
J. A. Cotterill, M.D.
Alan J. Cunnien, M.D.
Stuart Eisendrath, M.D.
David A. Fishbain, M.D.
David Folks, M.D.
Victor Fornari, M.D.
Gregory Fritz, M.D.
Mahlon S. Hale, M.D.
Michael Jellinek, M.D.
Roger Kathol, M.D.
Nathaniel Katz, M.D.

Richard Kluft, M.D.
Robert Ladouceur, Ph.D.
Michel Lejoyeux, M.D., Ph.D.
Henry Lesieur, Ph.D.
Roy Meadow, M.D., F.R.C.P.
Harold Merskey, D.M., F.R.C.P.(C.)
Juan Mezzich, M.D., Ph.D.
Fugen Neziroglu, Ph.D.
Philip Ninan, M.D.
Russell Portenoy, M.D.
Basant K. Puri, M.A., M.B., B.Chir., M.R.C.Psych.
Frank Putnam, M.D.
Richard Rogers, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Richard J. Rosenthal, M.D.
Colin A. Ross, M.D.
Loreen Rugie, Ph.D.
Elina Sarasola,
Daniel" Stein, M.B.
Marlene Steinberg, M.D.
Maurice Steinberg, M.D.
Alan Stoudemire, M.D.
Margaret Stuber, M.D.
Susan Swedo, M.D.
Eldon Tunks, M.D.
David Veale, M.D.
Matti Virkkunen, M.D., Ph.D.
Thomas N. Wise, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur Schizophrénie et Autres Troubles psychotiques

Nancy Andreasen, M.D., Ph.D.
David Braff, M.D.
Michaeline Bresnahan, Ph.D.
Jill M. Goldstein, Ph.D.
Michael Green, Ph.D.
John Hsiao, M.D.
Richard Keefe, Ph.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Thomas McGlashan, M.D.
Henry Nasrallah, M.D.
Judith Rapoport, M.D.
Marc-Andre Roy, M.D., M.Sc.
Ezra Susser, M.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles sexuels

Ray Blanchard, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.
Peter Fagan, Ph.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Stephen Levine, M.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr.rer.nat.
Raul Schiavi, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles du sommeil

Ronald D. Chervin, M.D., M.S.
Jack Edinger, Ph.D.
David J. Kupfer, M. D.
Clete Kushida, M.D., Ph.D.
Kenneth Lichstein, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Charles Morin, Ph.D.
Quentin Regestein, M.D.
Martin Reite, M.D.
Charles Reynolds, M.D.
Leon Rosenthal, M.D.

Michael Sateia, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.
Alexandros Vgontzas, M.D.
James Walsh, Ph.D.
John Winkelman, M.D., Ph.D.
Phyllis Zee, M.P., Ph.D

Conseillers du groupe de travail pour la révision du texte sur les Troubles liés à une substance

Enoch Gordis, M.D.
David Gorelick, M.D., Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
Alan I. Leshner, Ph.D.
A. Thomas McLellan, Ph.D.
Peter Nathan, Ph.D.
Bruce Rounsaville, M.D.
George Woody, M.D.

Index

Les numéros de page des critères diagnostiques ou des critères de recherche figurent entre parenthèses.

A

Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe I, 855
Absence de diagnostic sur l'Axe II, 855
Abus de substances, 229 (230)
Voir aussi les noms des substances spécifiques
Abus ou négligence (problèmes liés à l')
Abus physique d'un adulte, 850
Abus physique d'un enfant, 849
Abus sexuel d'un adulte, 850
Abus sexuel d'un enfant, 849
Négligence envers un enfant, 850
Acculturation (problème lié à l'), 853
Adaptation (Troubles de l'), 783 (787)
Avec à la fois anxiété et humeur dépressive, 784
Avec humeur dépressive, 784
Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, 784
Avec perturbation des conduites, 784
Non spécifié, 784
Additionnels (codes), 855
Affection médicale générale
Delirium dû à une, 164 (165)
Démence due à une, 193 (193)
Dysfonction sexuelle due à une, 645 (648)
Modification de la personnalité due à une, 215 (218)
Problème relationnel lié à une, 848
Trouble amnésique dû à une, (204)
Trouble anxieux dû à une, 550 (553)
Trouble catatonique dû à une, 213 (215)
Trouble de l'humeur dû à une, 461 (465)
Trouble douloureux dû à une, 577 (582)
Trouble du sommeil dû à une, 752 (756)
Trouble mental dû à une, 209
Trouble mental non spécifié dû à une, 219
Trouble psychotique dû à une, 387 (391)
Agoraphobie, 497 (497)
Sans antécédent de Trouble panique, 498 (506)
Trouble panique avec, 498 (506)
Akathisie, aiguë, 846, 921
Induite par les neuroleptiques, 846, 921 (923)
Alcool (Troubles induits par l'), 247
Autres troubles, 250
Intoxication, 247 (248)
Sevrage, 248 (250)
Alcool (Troubles liés à l'), 245
Non spécifié, 257
Alcool (Troubles liés à l'utilisation d'), 246
Abus, 247
Dépendance, 246
Alimentation (Troubles des conduites alimentaires), 675
Anorexie mentale (Anorexia nervosa), 676 (682)
Boulimie (Bulimia nervosa), 682 (687)

Non spécifié, 688
Voir aussi Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance, 121
Alzheimer (démence de type), 179 (182)
Amnésie dissociative, 600 (604)
Amnésie *Voir* Trouble amnésique
Amnésique (Trouble), 199
Dû à une affection médicale générale, 202 (204)
Non spécifié, 207
Persistant, induit par une substance, 204 (206)
Amphétamine (Troubles induits par l'), 260
Autres troubles, 263
Intoxication, 260 (261)
Sevrage, 262 (263)
Amphétamine (Troubles liés à l'utilisation d'), 259
Abus, 260
Dépendance, 259
Amphétamine ou amphétaminiques (Troubles liés à l'), 257
Non spécifié, 266
Anorexie mentale (anorexia nervosa), 676 (682)
Antisocial (comportement)
Adulte, 851
Enfant ou adolescent, 851
Antisociale (Trouble de la personnalité), 808 (812)
Anxiété de séparation (Trouble), 141 (145)
Anxiété généralisée (Trouble) (comprend l'Hyperanxiété de l'enfance), 545 (549)
Anxieux (Troubles), 493
Agoraphobie, 497 (497)
Anxiété de séparation, 141 (145)
Attaque de panique, 494 (496)
Avec agoraphobie, (506)
Dû à une affection médicale générale, 550 (553)
État de stress aigu, 540 (544)
État de stress post-traumatique, 533 (539)
Généralisée (Troubles anxieux) comprend l'Hyperanxiété de l'enfance
Induit par une substance, 553 (557)
Non spécifié, 558
Obsessionnel-compulsif, 525 (532)
Panique (Attaque de), 494 (496)
Panique (Trouble), 498
Phobie sociale (anxiété sociale), 518 (524)
Phobie spécifique, 510 (517)
Sans agoraphobie, (506)
Sans antécédent de Trouble panique, 507 (509)
Stress *Voir* État (le stress, 533
Stresseur *Voir* Facteurs de stress, 533
Trouble panique avec, 498 (506)
Apprentissages (Troubles des), 56
Trouble de la lecture, 58 (60)
Trouble du calcul, 61 (62)
Trouble non spécifié, 65
Troubles de l'expression écrite, 62 (64)
Asperger (Syndrome d'), 93 (98)
Attachement (Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance), 148 (151)
Attaque de panique, 494 (496)
Atypiques (caractéristiques). Spécification d'un épisode thymique, 483 (485)
Autisme atypique, 99
Autistique (Trouble), 81 (87)

B

Baisse du désir sexuel (Trouble), 621 (624)
Bégaiement, 78 (80)

Bipolaires (Troubles), 441
Cyclothymique (Trouble), 458 (460)
Épisode le plus récent dépressif, (450)
Épisode le plus récent hypomaniaque, (448)
Épisode le plus récent maniaque, (448)
Épisode le plus récent mixte, (449)
Épisode le plus récent non spécifié, (451)
Épisode maniaque isolé, (447)
Non spécifié, 461
Trouble bipolaire de type I, 441
Trouble bipolaire de type II (Épisodes dépressifs majeurs récurrents avec épisodes hypomaniaques), 452 (456)
Borderline (Trouble de la personnalité), 813 (817)
Boulimie (Bulimia nervosa), 682 (687)
Bref (Trouble psychotique), 381 (384)

C

Caféine (Troubles induits par la), 267
Autres troubles, 269
Intoxication, 267 (268)
Caféine (Troubles liés à la), 267
Non spécifié, 271
Calcul (Trouble du), 61 (62)
Cannabis (Troubles induits par le), 273
Autres Troubles, 275
Intoxication, 273 (274)
Cannabis (Troubles liés à l'utilisation de), 272
Dépendance, 272
Cannabis (Troubles liés au), 271
Non spécifié, 278
Catatonique (Trouble)
D6 à une affection médicale générale, 213 (215)
Catatonique (Type de schizophrénie), 364 (365)
Catatoniques (caractéristiques). Spécification d'un épisode de trouble de l'humeur, 480 (481)
Cauchemars (Trouble), 730 (734)
Chronique (Spécification d'un épisode thymique), 479 (480)
Cocaïne (Troubles induits par la)
Autres troubles, 284
Intoxication, 281 (283)
Sevrage, 283 (284)
Cocaïne (Troubles liés à l'utilisation de), 280
Abus, 281
Dépendance, 280
Cocaïne (Troubles liés à la), 279
Non spécifié, 289
Codes additionnels, 855
Cognitifs (Troubles)
Déclin cognitif lié à l'âge, 852
Non spécifié, 207
Voir aussi Troubles amnésiques, Delirium, Démence, 199
Communication (Troubles de la), 67
Bégaiement, 78 (80)
Non spécifié, 80
Trouble du langage de type expressif, 67 (71)
Trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif, 71 (74)
Trouble phonologique, 75 (77)
Comportement antisocial de l'adolescent, 851
Comportement antisocial *de* l'adulte, 851
Comportement antisocial de l'enfant, 851
Comportement perturbateur *Voir* Déficit de l'attention et comportement perturbateur (Trouble)
Conduites (Trouble des), 110 (115)
Conduites alimentaires (Troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance)

Mérycisme, 123 (125)
Pica, 121 (123)
Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance, 121 (127)
Conduites alimentaires (Troubles), 675
Trouble non spécifié, 688
Contrôle sphinctérien (Troubles du), 136
Conversion (Trouble de), 570 (576)
Coordination (Trouble de l'acquisition de la), 65 (66)
Creutzfeldt-Jakob (Maladie de)
Démence due à la, 192 (195)
Cycles rapides. Spécification d'un Trouble de l'humeur, 490 (491)
Cyclothymique (Trouble), 458 (460)

D

Déclin cognitif lié à l'âge, 852
Déficit de l'attention et comportement perturbateur (Trouble), 99
Déficit de l'attention/hyperactivité, 99 (107)
Déficit de l'attention/hyperactivité, non spécifié, 109
Type hyperactivité-impulsivité prédominante, 102
Type inattention prédominante, 102
Type mixte, 102
Délirant (Trouble), 374 (380)
Delirium, 158
Dû à des étiologies multiples, 170 (170)
Dû au sevrage d'une substance, 168 (169)
Induit par une substance, 166 (168)
Non spécifié, 171
Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres Troubles cognitifs, 157
Amnésiques (Troubles), 199
Delirium, 158
Démence, 171
Trouble cognitif non spécifié, 207
Démence, 171
Creutzfeldt-Jakob (maladie de), 192 (195)
De type Alzheimer, 179 (182)
Due à d'autres affections médicales générales, 193 (193)
Due à des étiologies multiples, 197 (198)
Huntington (maladie de), 190 (194)
Non spécifiée, 198
Parkinson (maladie de), 190 (194)
Persistante induite par une substance, 195 (196)
Pick (maladie de), 191 (194)
Traumatisme crânien, 189 (194)
Vasculaire, 183 (186)
VIH (maladie du), 189 (194)
Dépendance à une substance, 222 (228)
Voir aussi les noms des substances spécifiques
Dépendante (Personnalité), 830 (833)
Dépersonnalisation (Trouble), 612 (614)
Dépressif (Épisode dépressif majeur), 403 (411)
Dépressifs (Troubles), 426
Dépressif majeur (Trouble), 426
Dysthymique (Trouble), 435 (439)
Épisode isolé, (433)
Non spécifié, 440
Récurrent, (434)
Désintégratif (Trouble de l'enfance), 90 (92)
Désir sexuel (baisse du), 621 (624)
Désir sexuel (Troubles du), 646
Désorganisé (Type (le schizophrénie), 363 (364)
Deuil, 852
Développement (Troubles envahissants du), 80
Non spécifié (comprend l'autisme atypique), 99
Syndrome d'Asperger, 93 (98)
Syndrome de Rett, 88 (90)

Trouble autistique, 81 (87)
Trouble désintégratif de l'enfance, 90 (9^2)
Développementaux (Troubles) *Voir* Troubles des apprentissages ; Retard mental ; Troubles envahissants du développement
Diagnostic (ou affection) différé sur l'Axe I, 855
Diagnostic différé sur l'Axe II, 855
Dissociatifs (Troubles), 599
Amnésie dissociative, 599 (604)
Dépersonnalisation, 612 (614)
Fugue dissociative, 604 (607)
Trouble dissociatif de l'identité, 608 (611)
Trouble non spécifié, 615
Dissociative (Amnésie), 600 (604)
Douloureux (Trouble), (582)
Associé à des facteurs psychologiques, (582)
Associé à une affection médicale générale, (583)
Voir aussi Troubles sexuels avec douleur, 577
Dyskinésie tardive
Induite par les neuroleptiques, 847
Dyspareunie, 640 (642)
Due à une affection médicale générale, 645 (648)
Non due à une affection médicale générale, 640 (642)
Dyssomnies, 693
Hypersomnie primaire, 699 (705)
Insomnie primaire, 693 (699)
Narcolepsie, 705 (712)
Non spécifiée, 728
Trouble du sommeil lié à la respiration, 712 (720)
Trouble du sommeil lié au rythme circadien, 720 (727)
Dysthymique (Trouble), 435 (439)
Dystonie aiguë
Induite par les neuroleptiques, 846

E

Échelle globale du fonctionnement (EGF), 38
Effets secondaires d'un médicament non spécifiés, 847
EGF *Voir* Echelle globale du fonctionnement, 38
Éjaculation précoce, 637 (639)
Electif (mutisme) *Voir* Mutisme sélectif, 146 (148)
Encoprésie, 136 (138)
Avec constipation et incontinence par débordement, 138
Sans constipation ni incontinence par débordement, 138
Enfance (Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence), 45
Alimentation et conduites alimentaires (Troubles de l'), 121
Anxiété de séparation, 141 (145)
Apprentissages (Troubles des), 56
Communication (Troubles de la), 67
Contrôle sphinctérien (Trouble du), 136
Déficit de l'attention/hyperactivité (Trouble), 99 (107)
Habiletés motrices (Troubles des), 65
Mouvements stéréotypés (Trouble), 152 (155)
Mutisme sélectif, 146 (148)
Réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance (Trouble), 148 (151)
Retard mental, 47 (55)
Syndrome de Rett, 88 (90)
Tics (Troubles), 128
Trouble autistique, 81 (87)
Trouble désintégratif de l'enfance, 90 (92)
Trouble non spécifié, 156

Troubles envahissants du développement, 80
Énurésie (non due à une affection médicale générale), 138 (141)
Érection chez l'homme (Trouble de l'), 629 (631)
Dû à une affection médicale générale, 645 (646)
État de stress aigu, 540 (544)
État de stress post-traumatique, 533 (539)
Évitante (Personnalité), 826 (829)
Excitation sexuelle (Troubles de l'), 626
Exhibitionnisme, 657 (658)
Expressif (Trouble expressif du langage), 67 (71)
Expression écrite (Trouble de l'), 62 (64)

F

Facteurs de stress, 533
Facteurs psychologiques influençant une affection médicale, 841
Factices (Troubles), 593 (597)
Avec signes et symptômes physiques prédominants, 595
Avec signes et symptômes psychologiques prédominants, 594
Avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques, 595
Non spécifié, 597
Fétichisme, 658 (658)
Transvestisme, 664 (665)
Flashbacks *Voir* Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flashbacks), 293 (294)
Folie à deux *Voir* Trouble psychotique partagé, 385 (387)
Fonctionnement intellectuel limite, 852
Fratrie (Problème relationnel clans la), 849
Frotteurisme, 659 (659)
Fugue dissociative, 604 (607)

G

Général *(Voir* Affection médicale générale)
Généralisée *Voir* Anxiété généralisée
Global *Voir* Échelle du fonctionnement global (EGF)

H

Hallucinogènes (Troubles induits par les), 292
Autres troubles, 294
Intoxication, 292 (292)
Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flashbacks), 293 (294)
Hallucinogènes (Troubles liés à l'utilisation des), 290
Abus, 291
Dépendance, 290
Hallucinogènes (Troubles liés aux), 289
Non spécifié, 297
Histrionique (Personnalité), 818 (821)
Homme (Trouble de l'érection chez l'), 629 (631)
Dû à une affection médicale générale, 645 (646)
Homme (Trouble de l'orgasme chez l'), 635 (637)
Horaire Veille-Sommeil *Voir*
Trouble du sommeil lié au rythme circadien, 720 (727)
Humeur (Troubles de l'), 399
Dû à une affection médicale générale, 461 (465)
Non spécifié, 47]
Trouble de l'humeur induit par une substance, 466 (470)
Troubles bipolaires, 441
Troubles dépressifs, 426

Humeur (Troubles de l'). Spécifications, 471
Caractère saisonnier, 489 (490)
Caractéristiques atypiques, 483 (485)
Caractéristiques catatoniques, 480 (481)
Caractéristiques mélancoliques, 482 (483)
Chronique, 479 (480)
Cycles rapides, 490 (491)
Début lors du post-partum, 485 (487)
Épisode dépressif majeur, (474)
Épisode maniaque, 475 (476)
Épisode mixte, 477 (479)
Évolution longitudinale (avec ou sans guérison complète entre les épisodes), 487 (489)
Sévérité/psychotique/en rémission, 473 (474)
Huntington (maladie de)
Démence due à la, 190 (194)
Hyperactivité *Voir* Déficit de l'attention/hyperactivité
Hyperanxiété de l'enfance *Voir* Anxiété généralisée
Hypersomnie
Due à une affection médicale générale, 753 (756)
Induite par une substance, 758 (763)
Liée à un autre Trouble mental, 746
Primaire, 699 (705)
Hypocondrie, 583 (587)
Hypomaniaque (Épisode), (425)

I

Identité (Problème d'), 853
Identité (Trouble dissociatif de l'), 608 (611)
Identité (Troubles de l') *Voir* Trouble dissociatif de l'identité
Trouble de l'identité sexuelle, 666 (672)
Identité sexuelle (Trouble de l')
Chez les adolescents ou les adultes, (672)
Chez les enfants, (673)
Non spécifié, 673
Impulsions (Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs), 765
Jeu pathologique, 774 (777)
Kleptomanie, 770 (772)
Non spécifié, 781
Pyromanie, 772 (774)
Trichotillomanie, 778 (781)
Trouble explosif intermittent, 766 (769)
Indifférencié
Trouble somatoforme indifférencié, 567 (569)
Type indifférencié de schizophrénie, 365 (365)
Induit par un médicament (Autre Trouble), 847
Effets secondaires d'un médicament, non spécifié, 847
Inhibition de l'orgasme chez l'homme *Voir* Orgasme chez l'homme (Trouble de l')
Inhibition de l'orgasme chez la femme *Voir* Orgasme chez la femme (Trouble de l')
Insomnie
Due à une affection médicale générale, 752 (756)
Induite par une substance, 757 (763)
Liée à un autre Trouble mental, 746
Primaire, 693 (699)
Intellectuel (Fonctionnement) *Voir* Fonctionnement intellectuel limite, 852
Intermittent (Trouble explosif), 766 (769)
Intoxication, 231 (232)
Voir aussi les noms des substances spécifiques

J

Jeu pathologique, 774 (777)

K

Kleptomanie, 770 (772)

L

Lecture (Trouble de la), 58 (60)
Longitudinale (Spécification de l'évolution, avec ou sans guérison complète entre les épisodes pour les Troubles de l'humeur), 487 (489)

M

Majeur (Trouble dépressif), 426
  Épisode isolé, (433)
  Récurrent, (434)
Maniaque (épisode), 412 (417)
Mélancoliques (caractéristiques). Spécification d'un épisode thymique, 482 (483)
Mental (Trouble mental non spécifié, dû à une affection médicale générale), 219
Mérycisme, 123 (125)
Mixte (épisode), 418 (421)
Mixte (Trouble du langage mixte, réceptif/expressif), 71 (74)
Moteur ou vocal (Tic chronique) *Voir* Tic, 134 (134)
Motrices (Troubles des habiletés motrices), 65
  Trouble de l'acquisition de la coordination, 65
Mouvements (Troubles des mouvements induits par un médicament)
  Akathisie aiguë induite par les neuroleptiques, 846
  Dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques, 847
  Dystonie aiguë induite par les neuroleptiques, 846
  Parkinsonisme induit par les neuroleptiques, 846
  Syndrome malin des neuroleptiques, 846
  Tremblement d'attitude induit par un médicament, 847
  Trouble des mouvements induit par un médicament, non spécifié, 847
Mouvements stéréotypés (Trouble), (155)
Multiple (Personnalité) *Voir* Trouble dissociatif de l'identité, 608 (611)
Multiples (Étiologies)
  Delirium dû à des, 170
  Démence due à des, 197 (198)
Mutisme sélectif, 146 (148)

N

Narcissique (Personnalité), 822 (825)
Narcolepsie, 705 (712)
Négligence envers un enfant, 850
Neuroleptiques (Troubles induits par les)
  Akathisie aiguë, 846
  Dyskinésie tardive, 847
  Dystonie, 846
  Parkinsonisme, 846
  Syndrome malin des neuroleptiques, 846
Nicotine (Trouble induit par la)
  Sevrage, 307 (308)
Nicotine (Trouble lié à l'utilisation de), 306
  Dépendance, 306

Nicotine (Troubles liés à la), 305
Non spécifié, 311
Non spécifié
Alcool (Trouble lié à l'), 257
Alimentation (Trouble de P), 688
Amnésique (Trouble), 207
Amphétamine (Trouble lié à l'), 266
Anxieux (Trouble), 558
Apprentissages (Troubles des), 65
Bipolaire (Trouble), 461
Caféine (Trouble lié à la), 271
Cannabis (Trouble lié au), 278
Cocaïne (Trouble à la), 289
Cognitif (Trouble), 207
Communication (Trouble de la), 80
Comportement perturbateur (Trouble du), 121
Contrôle des impulsions (Trouble du), 781
Déficit de l'attention/hyperactivité, 109
Delirium, 171
Démence, 198
Dépressif (Trouble), 440
Dissociatif (Trouble), 615
Dysfonction sexuelle, 653
Dyssomnie, 728
Effets secondaires d'un médicament, non spécifié, 847
Enfance ou adolescence (Trouble de l'), 156
Factice (Trouble), 597
Hallucinogènes (Trouble lié aux), 297
Humeur (Trouble de l'), 471
Identité sexuelle (Trouble de l'), 673
Mouvements (Troubles des mouvements induits par un médicament), 845
Nicotine (Trouble lié à la), 311
Opiacés (Trouble lié aux), 321
Paraphilie, 666
Parasomnie, 745
Personnalité (Trouble de la), 839
Phencyclidine ou substances similaires (Trouble lié à la), 328
Psychotique (Trouble), 397
Relationnel (Problème), 849
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (Trouble lié aux), 339
Sexuel (Trouble), 673
Somatoforme (Trouble), 592
Tic (Trouble), 136
Trouble mental (non psychotique), 855
Non-observance du traitement, 850

O

Obsessionnel-compulsif (Trouble), 525 (532)
Obsessionnelle-compulsive (Personnalité), 834 (838)
Occupationnel *Voir* Professionnel
Opiacés (Troubles induits par les), 314
Autres Troubles, 317
Intoxication, 314 (315)
Sevrage, 315 (316)
Opiacés (Troubles liés à l'utilisation d'), 313
Abus, 314
Dépendance, 313
Opiacés (Troubles liés aux), 312
Non spécifié, 321
Oppositionnel avec provocation (Trouble), 117 (120)
Orgasme (Troubles de l')
Éjaculation précoce, 637 (639)
Orgasme chez l'homme (Trouble de Y), 635 (637)
Orgasme chez la femme (Trouble de l'), 632 (634)

Panique (Attaque de), 494 (496)
Panique (Trouble), 498
Avec agoraphobie, (507)
Sans agoraphobie, (506)
Paranoïaque (Personnalité), 795 (799)
Paranoïde (Type de schizophrénie), 362 (363)
Paraphilies, 654
Exhibitionnisme, 657 (658)
Fétichisme, 658 (658)
Frotteurisme, 659 (659)
Masochisme sexuel, 661 (662)
Non spécifiée, 666
Pédophilie, 659 (661)
Sadisme sexuel, 663 (663)
Transvestisme fétichiste, 664 (665)
Voyeurisme, 665 (665)
Parasomnies
Cauchemars, 730 (734)
Non spécifiée, 745
Somnambulisme, 739 (745)
Terreur nocturne, 734 (739)
Parkinson (maladie de)
Démence due à la, 190 (194)
Parkinsonisme
Induit par les neuroleptiques, 846
Partenaire (Problème relationnel avec le), 848
Pédophilie, 659 (661)
Personnalité (Modification de la personnalité due à une affection médicale générale), 215 (218)
Personnalité (Troubles de la), 789 (793)
Personnalité antisociale, 808 (812)
Personnalité borderline, 813 (817)
Personnalité dépendante, 830 (833)
Personnalité évitante, 826 (829)
Personnalité histrionique, 818 (821)
Personnalité narcissique, 822 (825)
Personnalité obsessionnelle-compulsive, 834 (838)
Personnalité paranoïaque, 795 (799)
Personnalité schizoïde, 799 (802)
Personnalité schizotypique, 803 (807)
Trouble de la personnalité non spécifié, 839
Peur d'une dysmorphie corporelle, 588 (592)
Phencyclidine (Troubles induits par la), 324
Autres Troubles, 326
Intoxication, 324 (325)
Phencyclidine (Troubles liés à l'utilisation de), 323
Abus, 324
Dépendance, 323
Phencyclidine ou substances similaires (Troubles liés à la), 322
Non spécifié, 328
Phobie sociale, 518 (524)
Phonologique (Trouble), 75 (77)
Pica, 121 (123)
Pick (maladie de)
Démence due à la, 191 (194)
Post-partum (début lors du).
Spécification d'un épisode thymique, 485 (487)
Post-traumatique (État de Stress), 533 (539)
Précoce (Éjaculation), 637 (639)
Problème en rapport avec une étape de la vie, 854
Problème relationnel parent-enfant, 848
Professionnel (Problème), 849
Provocation *Voir* Oppositionnel avec provocation (Trouble)
Psychogène (Amnésie) *Voir* Amnésie dissociative
Psychogène (Fugue) *Voir* Fugue dissociative
Psychotiques (Caractéristiques).
Spécifications
Épisode dépressif majeur, (474)
Épisode maniaque, 475 (476)
Épisode mixte, 477 (479)

Psychotiques (Troubles)
Bref, 381 (384)
Dû à une affection médicale générale, 387 (391)
Non spécifié, 397
Schizophrénie, 343 (360)
Trouble délirant, 374 (380)
Trouble psychotique induit par une substance, 392 (396)
Trouble psychotique partagé, 385 (387)
Trouble schizo-affectif, 369 (374)
Trouble schizophréniforme, 367 (369)
Pyromanie, 772 (774)

R

Rapides *Voir* Cycles
Réactionnel *Voir* Attachement
Relationnels (Problèmes), 849
Liés à un trouble mental ou à une affection médicale générale, 848
Problème relationnel avec la fratrie, 849
Problème relationnel avec le partenaire, 848
Problème relationnel non spécifié, 849
Problème relationnel parent-enfant, 848
Religieux ou spirituel (Problème), 853
Résiduel (Type de schizophrénie), 366 (366)
Respiration (Trouble du sommeil lié à la), 712 (720)
Retard mental, 47 (55)
Grave, 50
Moyen, 49
Profond, 50
Sévérité non spécifiée, 50
Rett (Syndrome de), 88 (90)
Rêve d'angoisse *Voir* Cauchemars (Trouble), 730
Rythme circadien (Trouble du sommeil lié au), 720 (727)

S

Saisonnier (Caractère). Spécification d'un Trouble de l'humeur, 489 (490)
Schizo-affectif (Trouble), 369 (374)
Schizoïde (Personnalité), 799 (802)
Schizophrénie, 343 (360)
Type catatonique, 364 (365)
Type désorganisé, 363 (364)
Type indifférencié, 365 (365)
Type paranoïde, 362 (363)
Type résiduel, 366 (366)
Schizophrénie et autres Troubles psychotiques, 343
Schizophréniforme (Trouble), 367 (369)
Schizotypique (Personnalité), 803 (807)
Scolaire ou universitaire (Problème)
Voir aussi Troubles des apprentissages
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (Troubles induits par les), 332
Autres Troubles, 335
Intoxication, 332 (332)
Sevrage, 333 (334)
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (Troubles liés à l'utilisation de), 330
Abus, 331
Dépendance, 330
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (Troubles liés aux), 328
Non spécifié, 339
Séparation (Anxiété de), 141 (145)
Sévérité/Psychotique/En rémission. Spécifications, 473
Épisode maniaque, 475 (476)
Épisode mixte, 477 (479)
Sevrage de substances, 232 (233)

Voir aussi les noms des substances spécifiques
Sexuel (Abus)
de l'adulte, 850
de l'enfant, 849
Sexuel (Masochisme), 661 (662)
Sexuel (Sadisme), 663 (663)
Sexuel (Troubles du désir), 621
Aversion sexuelle (Trouble), 624 (626)
Baisse du désir sexuel (Trouble), 621 (624)
Sexuelle (Troubles de l'excitation), 626
Dû à une affection médicale générale, 645 (646)
Trouble de l'érection chez l'homme, 629 (631)
Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme, 626 (628)
Sexuelles (Dysfonctions), 618
Due à une affection médicale générale, 645 (648)
Dyspareunie, 640 (642)
Éjaculation précoce, 637 (639)
Excitation sexuelle (Troubles de l'), 626
Induite par une substance, 649 (652)
Non due à une affection médicale générale, 640 (642)
Non spécifiée, 653
Orgasme (Troubles de l'), 632
Trouble de l'érection chez l'homme, (631)
Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme, 626 (628)
Trouble de l'orgasme chez l'homme, 635 (637)
Trouble de l'orgasme chez la femme, 632 (634)
Troubles sexuels avec douleur, 640
Vaginisme, 642 (644)
Sexuels (Troubles sexuels avec douleur)
Due à une affection médicale générale, 646 (648)
Dyspareunie, 640 (642)
Non due à une affection médicale générale, 640 (642)
Vaginisme (Non dû à une affection médicale générale), 642 (644)
Sexuels (Troubles), 617
Non spécifié, 673
Voir aussi Paraphilies, Dysfonctions sexuelles
Simulation, 851
Solvants volatils (Troubles induits par les), 300
Autres Troubles, 301
Intoxication, 300 (301)
Solvants volatils (Troubles liés à l'utilisation de), 299
Abus, 300
Dépendance, 299
Solvants volatils (Troubles liés aux), 297
Non spécifié, 305
Somatisation (Trouble), 562 (566)
Somatoformes (Troubles), 561
Associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, (583)
Hypocondrie, 583 (587)
Peur d'une dysmorphie corporelle, 588 (592)
Somatisation, 562 (566)
Trouble de conversion, 570 (576)
Trouble douloureux, 577 (582)
Trouble somatoforme indifférencié, 567 (569)
Trouble somatoforme non spécifié, 592
Sommeil (Troubles du), 691
Dû à une affection médicale générale, 752 (756)
Dyssomnies, 693
Hypersomnie liée à un autre Trouble mental, 746
Induit par une substance, 757 (763)
Insomnie liée à un autre Trouble mental, 746
Lié à la respiration, 712 (720)

Lié à un autre Trouble mental, 746
Lié au rythme circadien, 720 (727)
Parasomnies, 730
Troubles primaires du sommeil, 693
Type hypersomnie, 753 (756)
Type insomnie, 752 (756)
Type mixte, 753 (757)
Type parasomnie, 753 (757)
Somnambulisme, 739 (745)
Spectre (de la schizophrénie), 343
Spirituel (Problème) *Voir* Problème religieux ou spirituel, 853
Stéréotypies *Voir* Mouvements stéréotypés (Trouble), 152 (155)
Stress *Voir* État de Stress
Substance (Troubles induits par une), 231
Delirium, 166 (168)
Démence persistante, (196)
Dysfonction sexuelle, 649 (652)
Intoxication, 231 (232)
Sevrage, 232 (233)
Trouble amnésique persistant, 204 (206)
Trouble anxieux, 553 (557)
Trouble de l'humeur, 466 (470)
Trouble du sommeil, 757 (763)
Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes, 293 (294)
Trouble psychotique, 392 (396)
Voir aussi les noms des subtances spécifiques
Substance (Troubles liés à l'utilisation d'une), 222
Abus, 229 (230)
Dépendance, 222 (228)
Voir aussi les noms des substances spécifiques
Substance (Troubles liés à une), 221
Troubles liés à une substance autre ou inconnue, 340
Voir aussi les noms des substances spécifiques
Substances (Trouble liés à plusieurs), 340
Dépendance à plusieurs substances, 340
Syndrome malin des neuroleptiques, 846

T

Terreurs nocturnes (Trouble), 734 (739)
Thymiques (épisodes), 403
Épisode dépressif majeur, 403 (411)
Épisode hypomaniaque, 421 (425)
Épisode maniaque, 412 (417)
Épisode mixte, 418 (421)
Tics (Troubles), 128
Syndrome de Gilles de la Tourette, 130 (133)
Tic moteur ou vocal chronique, 134 (134)
Tic non spécifié, 136
Tic transitoire, 135 (135)
Tourette (Syndrome de Gilles de la), 130 (133)
Transe (État de), 615
Transvestisme fétichiste, 664 (665)
Traumatisme crânien
Démence due à un, 189 (194)
Trichotillomanie, 778 (781)

V

Vaginisme (non dû à une affection médicale générale), 642 (644)
Vasculaire (Démence), 183 (186)
VIH (Maladie du)
Démence due à la, 189 (194)
Vocal (Tic) *Voir* Tic moteur ou vocal chronique
Voyeurisme, 665 (665)

400663 — (II) – 5 — OSB — 70 0 — NOR

Photocomposition Nord Compo
59650 Villeneuve d'Ascq

MASSON Éditeur
21, rue Camille-Desmoulins
92789 Issy-les-Moulineaux cedex 9
Dépôt légal : juillet 2005

Achevé d'imprimer sur les presses
de Normandie Roto Impression s.a.s.
61250 Lonrai - N° d'imprimeur : 052055

Imprimé en France