

# LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION **SCHIZOPHRÉNIE**

**CMP** 00607  
**CIM-9** 295  
**CIM-10** F20

## **DÉFINITION**

La schizophrénie est une affection de la catégorie « Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5).

Voici une liste des termes contenus dans le critère A des critères liés à la schizophrénie :

**Idées délirantes** – croyances fixes erronées. Leur contenu peut inclure des thèmes variés, p. ex., :

persécution – la personne croit qu'elle est poursuivie;

référence - la personne croit qu'un passage d'un livre s'adresse spécifiquement à elle;

religieux - la personne croit être une figure religieuse importante.

Les idées délirantes sont considérées comme non bizarres lorsqu'elles proviennent d'expériences ordinaires de la vie (p. ex. croyance fausse d'être sous surveillance policière). Les idées délirantes bizarres sont quant à elles nettement invraisemblables (p. ex. croyance qu'un étranger a enlevé les organes internes du sujet et les a remplacés par ceux de quelqu'un d'autre).

Une croyance n'est pas considérée comme une idée délirante si elle est raisonnable selon le contexte (p. ex. le sujet croit qu'il sera agressé dans un environnement menaçant).

**Hallucinations** – expériences sensorielles (visuelles, tactiles, auditives, olfactives ou gustatives) n'étant pas causées par une stimulation externe. Les hallucinations

auditives sont de loin les plus courantes dans la schizophrénie (p. ex. entendre une voix commentant en permanence les pensées ou le comportement du sujet).

**Discours désorganisé** – le discours désorganisé évoque la présence de pensées désorganisées. Entre autres comportements, la personne peut dérailler ou faire des associations vagues (passer d'un sujet à un autre), esquiver (répondre indirectement ou non aux questions) ou divaguer de manière incohérente et insensée (« salade de mots »). Les perturbations du contenu du discours sont tellement graves qu'elles nuisent à la communication.

**Comportement extrêmement désorganisé** – peut se manifester de différentes façons (p. ex., s'habiller de manière inhabituelle, agitation imprévisible et injustifiée ou comportement catatonique). Les comportements catatoniques peuvent se traduire par l'absence complète de réponses verbales ou de réactions motrices (mutisme et stupeur), le maintien d'une posture rigide inappropriée ou bizarre ou une activité motrice en apparence absurde ou excessive sans raison évidente (agitation catatonique).

**Symptômes négatifs** – une diminution ou perte de fonctions normales responsable d'une grande partie de la morbidité associée à la schizophrénie.

Les deux symptômes prédominants de la schizophrénie sont la diminution de l'expression émotionnelle et la perte de la volonté.

La diminution de l'expression émotionnelle est une réduction de la communication non verbale, par exemple l'expression faciale, le contact visuel ou les mouvements de la tête et des mains.

La perte de volonté est la restriction dans l'initiation d'un comportement dirigé vers un but (faire preuve de peu d'intérêt pour le travail ou les activités sociales).

Parmi les autres symptômes négatifs, on trouve l'alogie, l'anhédonie et le comportement asocial.

L'alogie est une restriction dans la fluence et la productivité du discours.

L'anhédonie est la diminution de la capacité de tirer plaisir d'expériences actuelles ou passées.

Le comportement asocial se traduit par un manque d'intérêt pour les interactions sociales.

### **Critères de la schizophrénie**

Les critères de la schizophrénie ont été tirés du DSM-5.

## **SCHIZOPHRÉNIE:**

### **Critère A**

Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période de 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins une de ces manifestations doit être 1, 2 ou 3 :

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.

### **Critère B**

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).

### **Critère C**

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins six mois. Cette période de six mois doit comprendre au moins un 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).

### **Critère D**

Le trouble schizoaffectif et le 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.

### **Critère E**

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

## **Critère F**

En cas d'antécédent de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de communication d'apparition précoce, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes en plus des autres symptômes requis pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

## **NORME DIAGNOSTIQUE**

Un diagnostic doit avoir été posé par un médecin qualifié (un médecin de famille ou un psychiatre) ou un psychologue agréé.

Le diagnostic est fondé sur un examen clinique. Les documents à l'appui doivent être aussi complets que possible.

**REMARQUE** : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'Anciens Combattants Canada (ACC), le terme « chronique » signifie que les signes et les symptômes de l'affection sont présents depuis au moins six mois. On s'attend généralement à ce que les signes et symptômes persistent malgré les soins médicaux, mais ils peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

## **CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'ADMISSIBILITÉ**

### **A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION**

#### **Facteurs causaux ou aggravants par rapport à facteurs prédisposants**

Les facteurs causaux ou aggravants ont pour effet direct de causer ou d'aggraver le trouble psychiatrique faisant l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants n'ont pas pour effet de causer une affection faisant l'objet d'une demande. Les facteurs prédisposants sont des expériences ou des expositions qui ont une incidence sur la capacité de la personne de gérer le stress. Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Par exemple, la présence d'antécédents lointains de violence grave durant l'enfance peut être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie.

L'admissibilité partielle ne devrait être envisagée que pour des facteurs causaux ou aggravants non liés au service.

L'admissibilité partielle ne devrait pas être envisagée pour des facteurs prédisposants.

S'il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un facteur causal ou aggravant par rapport à un facteur prédisposant, il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

**REMARQUE :** Les facteurs figurant à la partie A des Considérations liées à l'admissibilité comprennent des conditions précises en ce qui concerne l'apparition ou l'aggravation clinique de la schizophrénie. Ces conditions ne doivent pas obligatoirement être remplies. Dans chaque cas, la décision doit se prendre en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis. Si la preuve médicale indique une condition différente, il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

**REMARQUE :** La liste suivante des facteurs n'est pas exhaustive. Il peut être allégué que des facteurs, autres que ceux indiqués dans la partie A, causent ou aggravent la schizophrénie. Dans chaque cas, les autres facteurs sont pris en considération aux fins d'admissibilité selon le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

1. Avoir été victime de violence grave durant l'enfance avant l'apparition ou l'aggravation clinique d'une schizophrénie.

Par violence grave durant l'enfance, on entend :

- a) graves sévices physiques, émotionnels, psychologiques ou sexuels infligés à un enfant de moins de 16 ans;
- b) négligence, y compris une grave omission de subvenir aux besoins liés à la santé, au développement physique et affectif ou au bien-être d'un enfant âgé de moins de 16 ans;

lorsque ce type de préjudice grave ou de négligence a été commis par un parent, un gardien, un adulte qui travaille auprès de l'enfant ou dans son entourage ou tout adulte en relation avec l'enfant.

2. Vivre le décès d'un enfant proche (enfant biologique, adopté ou en famille d'accueil, ou enfant du ou de la conjoint[e]) au cours des cinq ans précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'une schizophrénie.

3. Vivre le décès prématuré d'un parent (sujet de moins de 18 ans au moment de la perte) au cours des dix ans précédant l'apparition clinique d'une schizophrénie.

4. Avoir eu un trouble lié à l'utilisation de cannabis au cours des dix ans précédant l'apparition clinique d'une schizophrénie.

5. Avoir consommé du cannabis deux fois ou plus par semaine pendant une période continue d'au moins six mois, avant l'âge de 18 ans, au cours des dix ans précédant l'apparition clinique d'une schizophrénie.
6. Être atteint d'un trouble psychiatrique cliniquement significatif au moment de l'aggravation clinique d'une schizophrénie.

Un trouble psychiatrique cliniquement significatif est un trouble mental défini dans le DSM-5.

7. Être exposé directement à un événement traumatisant dans les six mois ayant précédé l'aggravation de la schizophrénie.

Les événements traumatisants peuvent comprendre :

- a) le fait d'être exposé au combat militaire
- b) le fait d'être victime d'une agression physique ou de subir des menaces d'agression physique
- c) le fait d'être victime d'une agression sexuelle ou de subir des menaces d'agression sexuelle
- d) le fait d'être enlevé
- e) le fait d'être pris en otage
- f) le fait d'être victime d'une attaque terroriste
- g) le fait d'être torturé
- h) le fait d'être incarcéré comme prisonnier de guerre
- i) le fait d'être victime d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine
- j) le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
- k) le fait de tuer ou de blesser une personne lors d'un acte non criminel
- l) le fait de subir un incident médical catastrophique soudain

8. Être témoin immédiat d'un événement traumatisant que subit toute autre personne avant l'apparition ou l'aggravation clinique de la schizophrénie

Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre le fait d'assister :

- a) à la menace ou à la blessure grave d'une autre personne
- b) à la mort non naturelle d'une autre personne
- c) à la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne
- d) à une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche

9. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant avant l'apparition ou l'aggravation clinique de la schizophrénie

Les expositions peuvent comprendre:

- a) le fait de voir ou de ramasser des restes humains
- b) le fait d'être témoin de l'évacuation de personnes grièvement blessées ou d'y participer
- c) le fait d'être exposé de manière répétée aux détails d'actes de violence ou d'atrocités infligées à d'autres personnes
- d) des répartiteurs exposés à des événements traumatisants violents ou accidentels

**Remarque :** Le facteur 9 s'applique à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos uniquement si cela est lié au travail.

10. Vivre ou travailler dans un environnement hostile ou dangereux pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition ou l'aggravation clinique de la schizophrénie

Les situations ou cadres où la menace pour la vie et l'intégrité physique est omniprésente peuvent comprendre :

- a) le fait de vivre sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missile, à la roquette, de mines ou à la bombe
- b) le fait de vivre sous la menace d'une attaque nucléaire, ou avec un agent biologique ou chimique
- c) le fait de participer à des combats ou à des patrouilles de combat

11. Être dans l'incapacité d'obtenir le traitement clinique approprié de la schizophrénie

## **B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ/ L'ÉVALUATION**

**REMARQUE :** Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, il ne faut tenir compte que de ces affections dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de la schizophrénie.

Si aucune affection n'est indiquée pour une catégorie, il faut tenir compte de toutes les affections de la catégorie dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de la schizophrénie.

- Autres troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Troubles dépressifs
- Troubles bipolaires et connexes
- Troubles de la personnalité
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles liés à l'abus de substances et à la toxicomanie
- Troubles dissociatifs
- Symptômes somatiques et troubles connexes
  - Trouble du symptôme somatique
  - Trouble de l'angoisse de la maladie
  - Trouble de conversion
- Troubles douloureux/syndrome de douleur chronique (diagnostic de troubles de l'Axe I selon le DSM-IV-TR)
- Trouble du rythme veille-sommeil
  - Trouble de l'insomnie
  - Trouble de l'hypersomnolence
- Troubles neurodéveloppementaux
  - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Baisse de la libido (si les renseignements médicaux font état d'une perte de libido émanant d'une affection psychiatrique).

Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le DSM-5 qui n'est pas incluse dans la partie B des Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension concernant la schizophrénie.



### **C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER, EN TOTALITÉ OU EN PARTIE, DE LA SCHIZOPHRÉNIE OU/ET DE SON TRAITEMENT**

Les affections énumérées dans la partie C peuvent découler directement, en tout ou en partie, de la schizophrénie, du traitement de la schizophrénie ou des effets conjugués de la schizophrénie et de son traitement.

Les affections figurant dans la partie C de la section « Considérations liées à l'admissibilité » donnent admissibilité seulement si le bien-fondé de la demande le justifie et si les éléments de preuve médicale montrent l'existence d'une relation corrélative. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

S'il est allégué que le médicament prescrit en vue de traiter la schizophrénie a causé, en tout ou en partie, l'apparition clinique ou l'aggravation clinique d'une affection, il faut établir les faits suivants :

1. La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation clinique de l'affection.
2. Le médicament était prescrit pour traiter la schizophrénie.
3. Il est peu probable que la personne cesse de prendre le médicament ou alors le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.
4. Les renseignements médicaux de la personne et la littérature médicale actuelle corroborent le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation clinique de l'affection peut découler de la prise du médicament.
5. Remarque : un médicament peut faire partie d'une famille ou d'un groupe de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux du groupe auquel il appartient. Ce sont les effets du médicament lui-même qui devraient être pris en compte plutôt que ceux du groupe auquel il appartient.

La liste des facteurs suivante n'est pas exhaustive. D'autres facteurs que ceux énumérés dans la partie C peuvent être à la base d'une demande d'affection consécutive à la schizophrénie et/ou son traitement. Dans chaque cas, les autres affections sont prises en considération aux fins d'admissibilité selon le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

- Akathisie tardive
- Syndrome parkinsonien persistant induit par la médication
- Dyskinésie tardive

## RÉFÉRENCES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> édition (DSM-5), Washington: American Psychiatric Association, 2013.
3. AUSTRALIA. *Statement of principles concerning schizophrenia*. n° 15 de 2009, (2009).
4. AUSTRALIA. *Statement of principles concerning schizophrenia*. n° 16 de 2009, (2009).
5. AUSTRALIA. *Amendment statement of principles concerning schizophrenia*. n° 93 de 2011, (2011).
6. BRADLEY. *Neurology in Clinical Practice*, 5<sup>th</sup> ed. Butterworth-Heinemann, (2008)
7. BURNS J. « Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence », *Frontiers in Psychiatry*, vol. n° 4, (Oct 2013), p. 128.
8. DAVIS, GP et al. « Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions », *Schizophr Res*, vol. n° 151(1-3), (Déc 2013), p. 197-202.
9. HILL, M. « Clearing the smoke: What do we know about adolescent cannabis use and schizophrenia? », *J Psychiatry Neurosci*, vol. 39, n° 2, (Mars 2014), p. 75-77.
10. SMITH F.A., WITTMAN C.W., STERN T.A. « Medical Complications of Psychiatric Treatment », *Critical Care Clinics*, (2008).
11. STERN. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. Mosby, (2008).