

Santé mentale et psychopathologie

Une approche biopsychosociale



Martin Benny
Alain Huot
Julie-Anne Lalonde
Jade Landry-Cuerrier
Luce Marinier
Marie-Anne Sergerie

Conforme au

DSM-5



2^e édition

Santé mentale et psychopathologie

Une approche biopsychosociale

Conforme au
DSM-5

Martin Benny, Collège Montmorency

Alain Huot, Collège Lionel-Groulx

Julie-Anne Lalonde, Cégep de Saint-Jérôme

Jade Landry-Cuerrier, Cégep de Saint-Jérôme

Luce Marinier, Collège André-Grasset

Marie-Anne Sergerie, psychologue clinicienne,
formatrice et directrice de La Clinique Laval

Révision scientifique

Marie-Rose Grenier, Université de Sherbrooke

Révision des sections en pharmacologie

Pierre-Luc Gilbert Tremblay, Collège Jean-de-Brébeuf

**Achetez
en ligne ou
en librairie**

**En tout temps,
simple et rapide!**

www.cheneliere.ca

MODULO

Santé mentale et psychopathologie

Une approche biopsychosociale, 2^e édition

Martin Benny, Alain Huot, Julie-Anne Lalonde, Jade Landry-Cuerrier,
Luce Marinier, Marie-Anne Sergerie

© 2016, 2013 Groupe Modulo Inc.

Conception éditoriale : Bianca Lam

Édition : Yzabelle Martineau

Coordination : Julie Pinson

Révision linguistique : Jean-Pierre Regnault

Correction d'épreuves : Chantal Lamarre

Adaptation de la conception graphique originale : Pige communication

Conception de la couverture : Eykel design

Impression : TC Imprimeries Transcontinental

Des marques de commerce sont mentionnées ou illustrées dans cet ouvrage. L'Éditeur tient à préciser qu'il n'a reçu aucun revenu ni avantage conséquemment à la présence de ces marques. Celles-ci sont reproduites à la demande de l'auteur en vue d'appuyer le propos pédagogique ou scientifique de l'ouvrage.

Les cas présentés dans les mises en situation de cet ouvrage sont fictifs. Toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant déjà existé n'est que pure coïncidence.

Le matériel complémentaire mis en ligne dans notre site Web est réservé aux résidents du Canada, et ce, à des fins d'enseignement uniquement.

L'achat en ligne est réservé aux résidents du Canada.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Benny, Martin, 1973-

Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale
2^e édition.

Édition originale : 2012.

Comprend des références bibliographiques et un index.

Pour les étudiants du niveau collégial.

ISBN 978-2-89732-041-6

1. Psychopathologie. 2. Psychobiologie. 3. Psychologie sociale.
4. Psychologie clinique. 5. Maladies mentales – Traitement. i. Huot,
Alain, 1969- . ii. Lalonde, Julie-Anne. iii. Landry-Cuerrier, Jade.
iv. Marinier, Luce, 1965- . v. Sergerie, Marie-Anne. vi. Santé mentale
et psychopathologie. vii. Titre.

RC454.B46 2016

616.89

C2016-940307-6

MODULO

5800, rue Saint-Denis, bureau 900
Montréal (Québec) H2S 3L5 Canada

Téléphone : 514 273-1066

Télécopieur : 514 276-0324 ou 1 800 814-0324

info.modulo@tc.tc

TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Toute reproduction du présent ouvrage, en totalité ou en partie, par tous les moyens présentement connus ou à être découverts, est interdite sans l'autorisation préalable de Groupe Modulo Inc.

Toute utilisation non expressément autorisée constitue une contrefaçon pouvant donner lieu à une poursuite en justice contre l'individu ou l'établissement qui effectue la reproduction non autorisée.

ISBN 978-2-89732-041-6

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

1 2 3 4 5 ITIB 20 19 18 17 16

Gouvernement du Québec – Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres – Gestion SODEC.

Ce projet est financé en partie par le gouvernement du Canada

Canada

AVANT-PROPOS

Cette seconde édition de *Santé mentale et psychopathologie* propose une importante mise à jour de ses contenus afin de l'adapter de plus près aux programmes d'études, ainsi qu'une mise à niveau complète en ce qui concerne les liens établis avec la toute nouvelle édition de 2015 du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*.

Fruit du travail d'une équipe de professeurs enseignant la psychologie au Québec, cette nouvelle édition offre des contenus innovants, conçus pour les étudiants du collégial et de l'université. Lors de la préparation de cette réédition, les auteurs ont pris soin de cibler les besoins en formation des étudiants de tous les programmes qui traitent de santé mentale. Leur expérience concrète en clinique et en recherche leur a permis de bien comprendre les milieux où interviendront les étudiants une fois qu'ils gagneront le marché du travail, et d'ainsi concevoir la structure et le contenu de leurs chapitres afin que ceux-ci puissent servir de référence tout au long des études et de la carrière des étudiants. Par ailleurs, un nouveau chapitre portant sur la santé mentale positive et l'atteinte de l'équilibre et du bien-être a été ajouté, reflétant ainsi l'optique générale adoptée par les auteurs, tout en répondant à un besoin des étudiants.

La perspective préconisée ici est celle de l'approche intégrée biopsychosociale, qui prévaut dans la pratique professionnelle en santé mentale au Québec. La structure des chapitres portant sur les troubles mentaux respecte cette approche, en offrant d'abord une description clinique des principaux troubles mentaux, puis en relevant leur prévalence, leurs facteurs de risque, et enfin en présentant les interventions et les traitements qu'ils nécessitent. La présentation des facteurs de risque et des interventions respecte l'approche biopsychosociale en suivant d'abord les dimensions biologiques des troubles, puis leurs dimensions psychologiques et enfin leurs dimensions sociales (ou socioculturelles). Les auteurs ont pris grand soin, lors de la mise à jour des contenus, de faire une synthèse actualisée des connaissances. Les références au *DSM-5*, un outil largement utilisé dans la compréhension et le traitement des troubles psychologiques, ont été faites dans un souci constant d'établir des liens avec la pratique courante au Québec et avec la terminologie et les tendances qui y ont cours. Ce manuel devient ainsi un véritable outil de travail à court et à long terme.

Afin de soutenir les apprentissages, des rubriques récurrentes offrent des pistes de réflexions et de recherches complémentaires, tout en favorisant la réactivation des connaissances. Ainsi, la rubrique *Étude de cas* propose des exemples concrets qui permettent d'ancrer les contenus dans une réalité que les étudiants reconnaîtront et qui peuvent devenir des exercices permettant d'acquérir et de développer la compétence d'analyse de cas. Quant à la rubrique *En relief*, elle encourage la réflexion et l'esprit critique en présentant des enjeux actuels et cruciaux en santé mentale : l'institutionnalisation, les abus de pouvoir passés et présents, des thérapies expérimentales, les limites des ressources, etc. Bref, tout ce qu'il faut pour alimenter bien des discussions ! Ces thèmes permettent de garder à l'esprit que la recherche progresse constamment, tout comme les pratiques en santé mentale,

et que les problèmes éthiques sont particulièrement délicats dans ce domaine. Plusieurs autres outils facilitent l'étude, le rappel et l'intégration de l'information : des encadrés consacrés aux critères diagnostiques du *DSM-5*; des exercices, dont les réponses se trouvent en fin de manuel pour en faciliter la consultation; des tableaux récapitulatifs; et à la fin de chaque chapitre, des résumés, ainsi que des références et des ressources pratiques.

Sur la plateforme *i+ Interactif*, les étudiants trouveront des fiches de révision par chapitre pour faciliter l'étude et l'intégration de l'information. Quant aux enseignants, ils auront accès à des études de cas supplémentaires et à des banques de questions ainsi que leurs corrigés qui soutiendront les étudiants dans l'approfondissement des contenus. Des présentations PowerPoint pourront servir de trame à l'enseignement de la matière du manuel.

REMERCIEMENTS

Ce manuel est le résultat d'un travail collectif. Nous remercions d'abord toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cet ouvrage, tout spécialement Sébastien Bureau et Simon Drolet, deux auteurs ayant participé à la première édition et dont les textes ont soutenu les chapitres de celle-ci. Nos auteures de Saint-Jérôme tiennent aussi à remercier sincèrement leurs collègues Lise Archambault (Cégep de Saint-Jérôme) et Nora Robichaud (Cégep de Saint-Jérôme, à la retraite), ainsi qu'Élizabeth Rheault (Collège Montmorency, à la retraite), qui ont généreusement partagé leur matériel dès la première édition de l'ouvrage. Nous remercions les évaluateurs, Ann Comtois (Collège de Maisonneuve), Patrick Doucet (Cégep Marie-Victorin), Pierre-Luc Gilbert Tremblay (Collège Jean-de-Brébeuf), Jacinthe Leduc (Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu), Luce Marinier (Collège André-Grasset), Martin Ruel (Cégep de Sorel-Tracy) et Johanne Yorksie (Cégep Édouard-Montpetit) pour leur travail d'évaluation en vue de cette seconde édition.

Nous remercions également Frédérick Dionne, Jacques Forest, Simon Grégoire, David Emmanuel Hatier, Sonya Jacques, Patrick Lascombe, Charles Martin et Isabelle Proulx pour leurs textes et leurs idées qui ont enrichi le manuel.

Nos remerciements vont aussi aux consultants des manuscrits, Catherine Girard (Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne), Marc-André Gosselin (Collège Bois-de-Boulogne) et Cynthia Hamel (Collège Lionel-Groulx), ainsi qu'aux réviseurs scientifiques Pierre-Luc Gilbert Tremblay (Collège Jean-de-Brébeuf) et Marie-Rose Grenier (Université de Sherbrooke), dont le travail d'évaluation et la révision scientifique nous ont été fort précieux.

Finalement, nous remercions chaleureusement les membres de l'équipe Modulo qui ont grandement contribué à la réalisation de ce projet par leur confiance, leur ténacité, leur soutien et leurs encouragements. Un merci tout particulier à Bianca Lam, directrice de l'édition collégiale et universitaire, pour son doigté et sa bonne humeur, à Yzabelle Martineau, éditrice de contenu, pour son professionnalisme et sa grande rigueur, à Renée Théorêt, pour sa collaboration à l'édition du contenu du tout nouveau chapitre 3, et à Julie Pinson, qui a assuré la charge de ce projet de main de maître.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1

LA SANTÉ MENTALE ET LE TROUBLE PSYCHOLOGIQUE : DÉFINITIONS ET CONTEXTE HISTORIQUE

1.1 Une définition de la santé mentale	3
1.2 Une définition du trouble psychologique	4
1.2.1 Le dysfonctionnement psychologique	5
1.2.2 Le sentiment de détresse ou l'altération du fonctionnement	6
1.2.3 La réaction déviante ou atypique selon la culture et persistante dans le temps.	7
1.3 La science de la psychopathologie	11
1.3.1 La description clinique et les caractéristiques d'un trouble psychologique	12
1.3.2 L'étiologie d'un trouble psychologique	12
1.3.3 Les traitements d'un trouble psychologique et leurs effets	12
1.4 Les changements historiques dans les conceptions du trouble psychologique	14
1.4.1 Le modèle surnaturel	15
1.4.2 Le modèle biologique	16
1.4.3 Le modèle psychologique	20
Résumé	37
Ressources et références	38

CHAPITRE 2

L'APPROCHE INTÉGRÉE OU LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

2.1 L'approche intégrée et ses facteurs – définition	40
2.2 L'approche intégrée et ses facteurs – étude de cas	43
2.2.1 Les facteurs biologiques	44
2.2.2 Les facteurs psychologiques	44
2.2.3 Les facteurs sociaux	44
2.2.4 La perspective développementale	45
2.2.5 La vulnérabilité	45
2.3 Les multiples facteurs de l'approche intégrée du point de vue scientifique	45
2.3.1 Les facteurs biologiques	45
2.3.2 Les facteurs psychologiques	57
2.3.3 Les facteurs sociaux	59
2.3.4 La perspective développementale	64
2.4 La santé mentale, la prévention et l'hygiène de vie	67
2.4.1 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs biologiques	67

2.4.2 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs psychologiques	69
2.4.3 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs sociaux	73
Résumé	74
Ressources et références	76

CHAPITRE 3

LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE, LE BIEN-ÊTRE ET LE BONHEUR

3.1 La santé mentale positive	78
3.1.1 L'épanouissement psychosocial	79
3.1.2 La flexibilité psychologique et la présence attentive	82
3.2 Le bien-être et le bonheur	86
3.2.1 La perspective hédonique	86
3.2.2 La perspective eudémonique	87
3.2.3 Deux grandes perspectives : les débats et les complémentarités	87
3.2.4 Un modèle intégrateur du bien-être et de l'épanouissement : le PERMA	88
3.3 La relation avec soi-même : estime de soi, autocompassion et forces de caractère	92
3.3.1 L'estime de soi et ses limites	92
3.3.2 L'autocompassion et son potentiel	94
3.3.3 Prendre conscience des forces de caractère et les utiliser davantage	97
3.4 Les effets de la santé psychologique et du bien-être	100
3.4.1 Les liens entre l'épanouissement psychosocial, les maladies et l'espérance de vie	100
3.4.2 L'effet durable d'émotions éphémères : la théorie étendre-et-développer	101
3.4.3 Le bonheur et la réussite	102
3.4.4 Les enjeux de la santé psychologique dans le monde du travail	102
Résumé	105
Ressources et références	108

CHAPITRE 4

L'ÉVALUATION CLINIQUE ET LE PROCESSUS DIAGNOSTIQUE

4.1 Les cliniciens	111
4.2 Les sources d'information d'une évaluation	112
4.2.1 L'entrevue clinique	112

4.2.2 Les observations ou l'examen mental	114
4.2.3 Les tests psychologiques	117
4.3 Quelques situations nuisant au processus d'évaluation clinique.....	121
4.3.1 Une information susceptible de remettre en question une évaluation	121
4.3.2 Des informations cachées ou niées	122
4.3.3 L'autodiagnostic	122
4.3.4 La confiance et le secret professionnel	122
4.4 Les classifications des troubles psychologiques	123
4.5 Les effets du diagnostic	126
4.5.1 Les effets positifs	126
4.5.2 Les effets négatifs: le phénomène de l'étiquetage	127
Résumé	131
Ressources et références	132

CHAPITRE 5

LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET LES TROUBLES BIPOLAIRES

5.1 Une description clinique des troubles dépressifs et des troubles bipolaires	135
5.1.1 Le trouble dépressif majeur (ou caractérisé)	139
5.1.2 Le trouble dépressif persistant	140
5.1.3 Le trouble de dérégulation de l'humeur explosive	140
5.1.4 Le trouble dysphorique prémenstruel	141
5.1.5 Le syndrome d'épuisement professionnel	141
5.1.6 Le trouble bipolaire de type I	141
5.1.7 Le trouble bipolaire de type II	142
5.1.8 La dépression et l'anxiété	146
5.1.9 Les troubles dépressifs à caractère saisonnier et avec début lors du post-partum	147
5.2 La prévalence des troubles dépressifs et bipolaires	148
5.3 Les facteurs de risque liés aux troubles dépressifs et bipolaires	150
5.3.1 Les facteurs prédisposants liés aux troubles dépressifs et bipolaires	151
5.3.2 Les facteurs précipitants liés aux troubles dépressifs et bipolaires	153
5.3.3 Les facteurs de maintien liés aux troubles dépressifs et bipolaires	155
5.4 Les traitements des troubles dépressifs et bipolaires	157
5.4.1 Les thérapies biologiques	157
5.4.2 La sismothérapie	159
5.4.3 Les thérapies psychologiques	159
5.4.4 Les thérapies sociales	161
5.4.5 La combinaison des traitements	161

Résumé	161
Ressources et références	162

CHAPITRE 6

LES TROUBLES ANXIEUX

6.1 Le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse et la panique	164
6.2 Le trouble panique	165
6.2.1 Une description clinique du trouble panique	165
6.2.2 La prévalence et les facteurs de risque du trouble panique	167
6.3 L'agoraphobie	168
6.3.1 Une description clinique de l'agoraphobie	169
6.3.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'agoraphobie	170
6.4 L'anxiété généralisée	172
6.4.1 Une description clinique de l'anxiété généralisée	172
6.4.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété généralisée	174
6.5 Les phobies spécifiques	175
6.5.1 Une description clinique des phobies spécifiques	175
6.5.2 Les différents types de phobies spécifiques	177
6.5.3 La prévalence et les facteurs de risque des phobies spécifiques	178
6.6 L'anxiété sociale (phobie sociale)	180
6.6.1 Une description clinique de l'anxiété sociale	180
6.6.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété sociale	183
6.7 Les traitements des troubles anxieux	184
6.7.1 Le traitement pharmacologique des troubles anxieux	184
6.7.2 Le traitement psychologique des troubles anxieux	184
6.7.3 Le traitement combiné des troubles anxieux	188
Résumé	188
Ressources et références	190

CHAPITRE 7

LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

7.1 Une description clinique du trouble stress post-traumatique	192
7.2 La prévalence du trouble stress post-traumatique	196
7.3 Les facteurs de risque liés au trouble stress post-traumatique	197

7.4 La prévention et les traitements du trouble stress post-traumatique	198
Résumé.....	201
Ressources et références	202

CHAPITRE 8

LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET QUELQUES TROUBLES APPARENTÉS

8.1 Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC).....	204
8.1.1 Une description clinique du trouble obsessionnel-compulsif	204
8.1.2 La prévalence et les facteurs de risque liés au trouble obsessionnel-compulsif	207
8.1.3 Les traitements du trouble obsessionnel-compulsif	208
8.2 L'obsession d'une dysmorphie corporelle	209
8.2.1 Une description clinique de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	209
8.2.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à l'obsession d'une dysmorphie corporelle	211
8.2.3 Les traitements de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	212
8.3 La thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	213
8.3.1 Une description clinique de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	213
8.3.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	214
8.3.3 Les traitements de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	215
Résumé.....	216
Ressources et références	216

CHAPITRE 9

LES TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET LES AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES

9.1 Une description des troubles du spectre de la schizophrénie (TSS) et des autres troubles psychotiques.....	218
9.1.1 Une description générale des troubles du spectre de la schizophrénie	218
9.1.2 Les cinq symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie	221
9.1.3 Une description clinique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques	231
9.2 La prévalence des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	234

9.3 Les facteurs de risque liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques	235
9.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques	235
9.3.2 Les facteurs psychologiques et sociaux liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques	238
9.4 Les interventions et les traitements des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	239
9.4.1 La dimension biologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques	240
9.4.2 La dimension psychologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques	241
9.4.3 La dimension sociale des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques	242
Résumé.....	243
Ressources et références	244

CHAPITRE 10

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

10.1 Une description clinique des troubles de la personnalité	246
10.1.1 Les critères généraux d'un trouble de la personnalité	246
10.1.2 Les 10 troubles de la personnalité	247
10.2 La prévalence des troubles de la personnalité	265
10.3 Les facteurs de risque liés aux troubles de la personnalité	266
10.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles de la personnalité	267
10.3.2 Les facteurs interpersonnels et sociaux liés aux troubles de la personnalité	267
10.3.3 Les facteurs cognitifs liés aux troubles de la personnalité	269
10.4 Les traitements des troubles de la personnalité	269
10.4.1 La médication liée aux troubles de la personnalité	270
10.4.2 La psychothérapie liée aux troubles de la personnalité	270
Résumé.....	271
Ressources et références	272

CHAPITRE 11

LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET AUTRES DÉPENDANCES

11.1 Une description clinique des troubles liés à une substance.....	275
11.1.1 Les troubles induits par une substance.....	275
11.1.2 Les troubles de l'usage d'une substance.....	277
11.2 La classification des substances.....	280
11.2.1 Les déprimeurs.....	280
11.2.2 Les stimulants.....	285
11.2.3 Les perturbateurs.....	286
11.3 Les statistiques liées à la toxicomanie et à la dépendance.....	287
11.4 Les facteurs de risque liés à la toxicomanie et à la dépendance.....	288
11.4.1 Les facteurs biologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance.....	288
11.4.2 Les facteurs psychologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance.....	290
11.4.3 Les facteurs sociaux liés à la toxicomanie et à la dépendance.....	292
11.4.4 L'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial.....	293
11.5 Les interventions et les traitements de la toxicomanie et de la dépendance.....	293
11.5.1 La dimension biologique.....	294
11.5.2 La dimension psychosociale.....	296
11.6 Les dépendances liées à des activités.....	301
11.6.1 Le jeu pathologique.....	301
11.6.2 La cyberdépendance.....	303
Résumé.....	305
Ressources et références.....	306

CHAPITRE 12

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DU SOMMEIL

12.1 Les troubles des conduites alimentaires.....	310
12.1.1 Les accès hyperphagiques.....	310
12.1.2 La boulimie.....	310
12.1.3 L'anorexie mentale.....	312
12.1.4 La prévalence et les facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires.....	315
12.1.5 Les traitements des troubles des conduites alimentaires.....	320
12.2 Les troubles du sommeil.....	322
12.2.1 L'insomnie.....	322

12.2.2 La narcolepsie.....	325
12.2.3 Les troubles du sommeil liés à la respiration.....	326
12.2.4 Les traitements des troubles du sommeil.....	326

Résumé.....	329
Ressources et références.....	330

CHAPITRE 13

LES TROUBLES SOMATIQUES, LES TROUBLES APPARENTÉS ET LES TROUBLES DISSOCIATIFS

13.1 Les troubles somatiques et les troubles apparentés.....	333
13.1.1 Le trouble à symptomatologie somatique.....	335
13.1.2 La crainte excessive d'avoir une maladie.....	336
13.1.3 Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion).....	339
13.1.4 Le trouble factice.....	340
13.2 Les troubles dissociatifs.....	343
13.2.1 Une description clinique des troubles dissociatifs.....	347
13.2.2 Le traitement des troubles dissociatifs.....	352
Résumé.....	354
Ressources et références.....	354

CHAPITRE 14

LES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

14.1 Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).....	357
14.1.1 Une description clinique du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	357
14.1.2 La prévalence du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	361
14.1.3 Les facteurs de risque liés au trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	362
14.1.4 Les traitements du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	363
14.2 Le trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	365
14.2.1 Une description clinique du spectre de l'autisme.....	365
14.2.2 La prévalence du spectre de l'autisme.....	368
14.2.3 Les facteurs de risque liés au spectre de l'autisme.....	368
14.2.4 Les traitements du spectre de l'autisme.....	369
14.3 Le handicap intellectuel.....	370
14.3.1 Une description clinique du handicap intellectuel.....	370
14.3.2 La prévalence du handicap intellectuel.....	371
14.3.3 Les facteurs de risque liés au handicap intellectuel.....	372
14.3.4 Les traitements du handicap intellectuel.....	373

14.4 Les troubles spécifiques des apprentissages.....	374
14.4.1 Une description clinique des troubles spécifiques des apprentissages.....	374
14.4.2 La prévalence des troubles spécifiques des apprentissages.....	375
14.4.3 Les facteurs de risque liés aux troubles spécifiques des apprentissages.....	376
14.4.4 Les traitements des troubles spécifiques des apprentissages.....	376
14.5 Les autres troubles neurodéveloppementaux.....	377
Résumé.....	378
Ressources et références.....	378

CHAPITRE 15

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

15.1 Une description des troubles neurocognitifs (TNC)...	380
15.2 L'état confusionnel.....	381
15.2.1 Une description clinique de l'état confusionnel.....	381
15.2.2 La prévalence de l'état confusionnel.....	384
15.2.3 Les facteurs de risque et les traitements de l'état confusionnel.....	385
15.3 Les troubles neurocognitifs.....	386
15.3.1 Une description clinique des troubles neurocognitifs.....	386
15.3.2 La prévalence des troubles neurocognitifs.....	393
15.3.3 Les facteurs de risque et les traitements des troubles neurocognitifs.....	394
Résumé.....	398
Ressources et références.....	398

CHAPITRE 16

LES TROUBLES LIÉS À L'IDENTITÉ DE GENRE ET À LA SEXUALITÉ

16.1 La dysphorie de genre.....	401
16.1.1 Une description clinique de la dysphorie de genre.....	401
16.1.2 Les facteurs de risque liés à la dysphorie de genre.....	405
16.1.3 Les interventions et les traitements de la dysphorie de genre.....	406
16.2 Les dysfonctions sexuelles.....	408
16.2.1 Une description clinique des dysfonctions sexuelles.....	408

16.2.2 Les facteurs de risque liés aux dysfonctions sexuelles.....	415
16.2.3 Les interventions et les traitements des dysfonctions sexuelles.....	417

16.3 Les paraphilies et les troubles paraphiliques.....	418
16.3.1 Une description clinique des paraphilies et des troubles paraphiliques.....	419
16.3.2 Les facteurs de risque liés aux paraphilies et aux troubles paraphiliques.....	424
16.3.3 Les interventions et les traitements des paraphilies et des troubles paraphiliques.....	426
Résumé.....	427
Ressources et références.....	428

CHAPITRE 17

L'ÉTHIQUE DANS LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

17.1 L'internement et la cure fermée en psychiatrie.....	433
17.1.1 L'histoire de l'hospitalisation psychiatrique et de ses excès.....	433
17.1.2 L'hospitalisation psychiatrique au Québec aujourd'hui : la cure fermée.....	437
17.1.3 L'évaluation du trouble mental et du danger dans les cas d'hospitalisation.....	440
17.2 Les criminels et la santé mentale.....	441
17.2.1 La responsabilité criminelle.....	441
17.2.2 La capacité à subir un procès.....	443
17.2.3 Les responsabilités des professionnels de la santé mentale.....	443
17.3 Les règles éthiques et le traitement des maladies mentales.....	444
17.3.1 Éviter les conflits d'intérêts.....	444
17.3.2 Ne pas nuire au client.....	445
Résumé.....	446
Ressources et références.....	446

RÉPONSES AUX EXERCICES	447
-------------------------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	449
----------------------------	-----

CRÉDITS ICONOGRAPHIQUES	465
--------------------------------------	-----

INDEX	466
--------------------	-----

LISTE DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

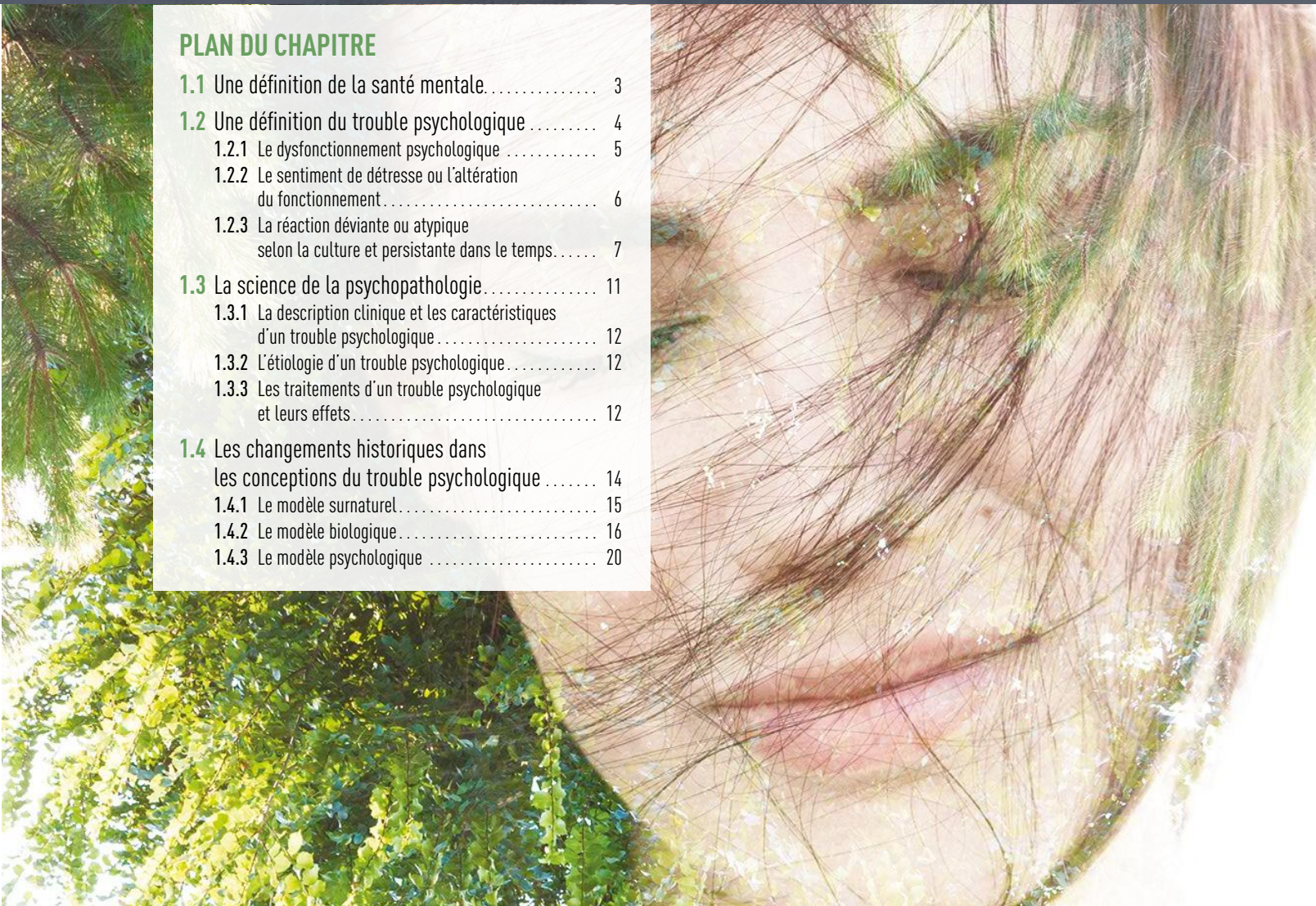
5.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour un épisode dépressif [majeur ou] caractérisé.....	136	10.10	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité dépendante.....	263
5.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour un épisode maniaque.....	138	10.11	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité obsessionnelle-compulsive.....	264
5.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble dépressif [majeur ou] caractérisé.....	139	11.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour les troubles de l'usage d'une substance.....	278
5.4	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble bipolaire de type I.....	141	11.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le jeu d'argent pathologique.....	302
5.5	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble bipolaire de type II.....	143	12.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour les accès hyperphagiques.....	311
6.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble panique.....	166	12.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la boulimie.....	312
6.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'agoraphobie.....	171	12.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'anorexie mentale.....	313
6.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'anxiété généralisée.....	173	12.4	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'insomnie.....	323
6.4	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la phobie spécifique.....	177	12.5	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la narcolepsie.....	325
6.5	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'anxiété sociale (phobie sociale).....	181	13.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble à symptomatologie somatique.....	335
7.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble stress post-traumatique.....	194	13.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la crainte excessive d'avoir une maladie.....	337
8.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble obsessionnel-compulsif.....	206	13.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion).....	339
8.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'obsession d'une dysmorphie corporelle.....	210	13.4	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble factice.....	341
8.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la thésaurisation pathologique (syllogomanie).....	214	13.5	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la dépersonnalisation/dérealisation.....	348
9.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la schizophrénie.....	233	13.6	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'amnésie dissociative.....	349
10.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble général de la personnalité.....	247	13.7	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble dissociatif de l'identité.....	350
10.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité paranoïaque.....	249	14.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	358
10.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité schizoïde.....	250	14.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble du spectre de l'autisme.....	366
10.4	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité schizotypique.....	251	14.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour un handicap intellectuel.....	371
10.5	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité histrionique.....	254	15.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour l'état confusionnel.....	382
10.6	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité narcissique.....	255	15.2	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble neurocognitif majeur.....	387
10.7	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité borderline.....	258	15.3	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour le trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer.....	390
10.8	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité antisociale.....	260	16.1	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la dysphorie de genre.....	403
10.9	Les critères diagnostiques du <i>DSM-5</i> pour la personnalité évitante.....	262			

LA SANTÉ MENTALE ET LE TROUBLE PSYCHOLOGIQUE : DÉFINITIONS ET CONTEXTE HISTORIQUE

Par Jade Landry-Cuerrier

PLAN DU CHAPITRE

1.1 Une définition de la santé mentale.....	3
1.2 Une définition du trouble psychologique.....	4
1.2.1 Le dysfonctionnement psychologique.....	5
1.2.2 Le sentiment de détresse ou l'altération du fonctionnement.....	6
1.2.3 La réaction déviante ou atypique selon la culture et persistante dans le temps.....	7
1.3 La science de la psychopathologie.....	11
1.3.1 La description clinique et les caractéristiques d'un trouble psychologique.....	12
1.3.2 L'étiologie d'un trouble psychologique.....	12
1.3.3 Les traitements d'un trouble psychologique et leurs effets.....	12
1.4 Les changements historiques dans les conceptions du trouble psychologique.....	14
1.4.1 Le modèle surnaturel.....	15
1.4.2 Le modèle biologique.....	16
1.4.3 Le modèle psychologique.....	20



Santé mentale

État d'équilibre psychologique où la personne ressent un bien-être subjectif et fonctionne de façon adéquate à l'intérieur de la société dont elle fait partie.

Trouble psychologique

Dysfonctionnement psychologique accompagné de détresse ou d'une altération significative du fonctionnement ; réaction inattendue dans le contexte social, intense et persistante dans le temps.

Tous les jours, des millions de personnes accomplissent leurs tâches quotidiennes et interagissent avec les autres efficacement, tout en se sentant relativement bien : elles sont probablement en bonne **santé mentale**. Pendant ce temps, d'autres personnes éprouvent des difficultés de fonctionnement ou se sentent en difficulté. Presque tout le monde a déjà vécu des moments de détresse ou des problèmes de fonctionnement. Cependant, lorsque ces difficultés sont intenses et persistantes, il peut s'agir d'un **trouble psychologique**.

Pourquoi certaines personnes paraissent-elles en bonne santé mentale alors que d'autres semblent touchées par des troubles psychologiques ? Comment distingue-t-on un comportement normal d'un comportement anormal ou pathologique ? De nos jours, comment définit-on la santé mentale et le trouble psychologique ? De quelle façon ces concepts ont-ils été définis et ont-ils évolué dans le temps et selon les cultures ? En réalité, la frontière entre la normalité et l'anormalité est souvent mince. En effet, contrairement à plusieurs maladies physiques, les maladies mentales ne comportent pas toujours de manifestations claires et visibles. C'est pourquoi, pour certaines personnes, les maladies physiques semblent parfois plus acceptables que les maladies mentales. Pour bien des gens, les problèmes de santé mentale peuvent susciter des malaises, de l'incompréhension ou des préjugés.

Nous présenterons, dans ce chapitre, les définitions contemporaines de la santé mentale et du trouble psychologique. Nous aborderons la science de la psychopathologie et passerons en revue les changements historiques dans les conceptions du trouble psychologique. Mais tout d'abord, l'exercice 1.1 permet de revisiter certains mythes relatifs à la maladie mentale.

EXERCICE 1.1 | La santé mentale : distinguer le vrai du faux**Vrai ou faux ?**

1. Près de 1 personne sur 10 souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie.
2. Les personnes faibles de caractère ou de nature paresseuse sont plus à risque.
3. La maladie mentale et le handicap intellectuel sont intimement liés.
4. La majorité des personnes souffrant de troubles mentaux ne consultent pas.
5. Les personnes touchées par la maladie mentale sont en général plus pauvres et moins intelligentes.
6. La maladie mentale est la principale cause d'absentéisme au travail.
7. La majorité des crimes violents sont commis par des personnes souffrant de maladie mentale.
8. Les proches ne peuvent rien faire pour aider une personne souffrant de maladie mentale.
9. Les antidépresseurs créent une dépendance.
10. La dépression fait plus de victimes que les accidents de la route.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Source : Adapté de MSSS (2012a).

1.1 Une définition de la santé mentale

La santé mentale est une notion complexe comprise différemment selon les individus, les sociétés et les périodes historiques.

Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1994), « la santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé mentale est « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2009). L'OMS définit une personne en bonne santé mentale comme « une personne capable de s'adapter aux diverses situations de sa vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser et de problèmes à résoudre. [...] Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique ». Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec, « atteindre et maintenir cet équilibre demande une attention de tous les jours. Les difficultés et les défis de la vie viennent parfois faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Il faut alors travailler à retrouver le point d'équilibre. Cet équilibre est la base d'une bonne santé mentale » (Portail santé mieux-être, 2015).

Ces définitions de la santé mentale ont quelques points en commun : 1) la personne éprouve un sentiment de bien-être et possède une capacité générale



Face aux difficultés de la vie, la santé mentale d'un individu est un état qui varie et la personne doit faire des efforts pour maintenir un état d'équilibre psychologique.

d'adaptation; 2) la santé mentale subit l'influence de plusieurs facteurs individuels et collectifs en interaction; 3) la santé mentale d'un individu est un état qui varie; 4) la personne doit faire des efforts pour maintenir un état d'équilibre psychologique. Il est important de préciser que, même si une personne présente une maladie mentale, elle pourrait tout de même être considérée en santé mentale si elle revient à un équilibre psychologique (Centre jeunesse de Montréal, 2000, p. 12-13).

1.2 Une définition du trouble psychologique

Pour parler de problèmes liés à la santé mentale, les professionnels et le grand public utilisent une grande variété de termes: folie, aliénation, anormalité, déviance, maladie mentale, trouble mental, trouble psychologique, etc. Dans ce manuel, les termes «trouble psychologique», «trouble mental», «maladie mentale» et «problème de santé mentale» seront considérés comme des synonymes et utilisés de façon indifférenciée.

Les problèmes de santé mentale sont très répandus. En effet, environ une personne sur cinq souffrira, à un moment ou à un autre de sa vie, d'un trouble psychologique (Portail santé mieux-être, 2015). En outre, quatre personnes sur cinq seront indirectement touchées par les problèmes de santé mentale vécus par un de leurs proches, qu'il s'agisse d'un parent, d'un ami, d'un collègue, etc. (Institut de la statistique du Québec, 2008; Santé Canada, 2002).

Selon le gouvernement du Québec (MSSS, 2012b), un trouble psychologique désigne «des signes et des **symptômes** caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement entraînant un état de détresse ou de souffrance et un dysfonctionnement importants». La présence d'un trouble psychologique peut d'abord être décelée par la personne touchée ou par ses proches. La consultation d'un professionnel de la santé mentale permet alors de préciser de quel trouble psychologique spécifique il s'agit et de proposer des pistes de traitement. Les critères généraux définissant le trouble psychologique seront présentés dans ce chapitre, tandis que les troubles psychologiques spécifiques et leurs symptômes seront décrits dans des chapitres ultérieurs.

Symptôme

Manifestation physique et/ou psychologique d'une maladie.

Étude de CAS

Les crises de Karine

Karine, une jeune femme de 18 ans, est étudiante en sciences humaines. Elle vient de trouver un emploi à temps partiel comme serveuse dans un restaurant, mais le premier soir, Karine commence à se sentir mal: elle a soudainement très chaud et se retrouve en sueur. Elle a du mal à respirer, sent sa poitrine se comprimer et a peur d'étouffer. Son cœur bat tellement fort qu'elle a l'impression qu'il va exploser. Quelques minutes plus tard, l'état de Karine empire:

convaincue qu'elle est victime d'une crise cardiaque, elle demande qu'on appelle une ambulance. Pourtant, à l'urgence de l'hôpital, on lui explique que son cœur est en parfait état et que son problème est plutôt psychologique: Karine vient de faire sa première crise de panique! Les crises se répètent au cours des semaines suivantes, si bien qu'elle se sent maintenant incapable d'aller à l'école et au travail ou même de parler à qui que ce soit.

Karine souffre-t-elle d'un trouble psychologique? Sur quels critères peut-on se baser pour le savoir? La communauté scientifique semble s'approcher d'un consensus sur les critères permettant de définir le trouble psychologique: «la présence d'un dysfonctionnement psychologique chez une personne, associé à un sentiment de détresse ou à une altération du fonctionnement, et ce, dans un contexte où la réaction est atypique ou culturellement inappropriée et où ces signes et symptômes sont intenses et persistent dans le temps.»

La figure 1.1 montre que la frontière entre la santé mentale et le trouble psychologique n'est pas facile à délimiter, ces deux concepts se situant chacun à une extrémité d'un continuum.

1.2.1 Le dysfonctionnement psychologique

Le premier critère d'un trouble psychologique est la présence d'un dysfonctionnement psychologique. Il s'agit d'une difficulté importante dans le fonctionnement de l'humeur, de la pensée et du comportement d'un individu, donc à trois points de vue : émotif, cognitif et comportemental. Par exemple, un individu qui présente un **dysfonctionnement émotif** peut être affligé d'une immense tristesse, être terrassé par la peur ou envahi par la colère, vivre une crise d'anxiété, ressentir une grande culpabilité, etc. Une personne qui a un **dysfonctionnement cognitif** peut avoir des hallucinations, entendre des voix, être incapable de se concentrer, adopter une opinion exagérément pessimiste, être convaincue

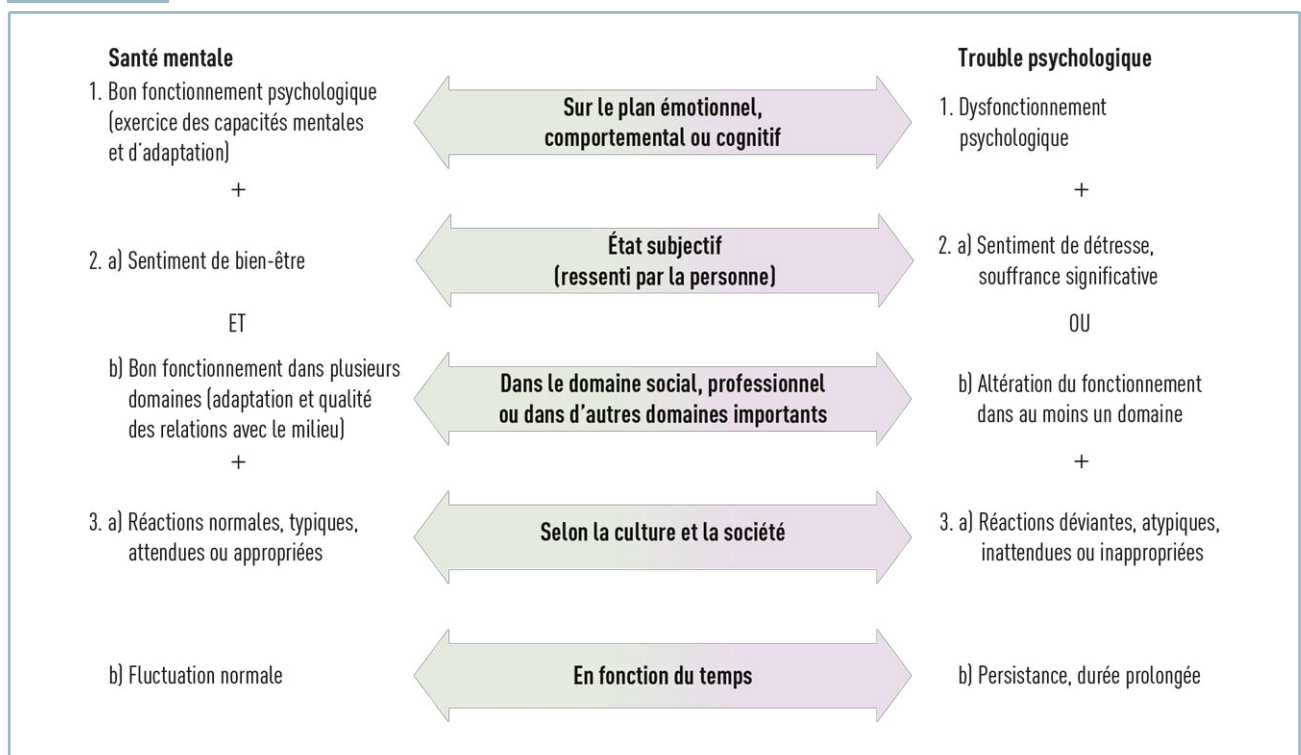
Dysfonctionnement émotif

Difficulté de fonctionnement liée à l'état affectif, à la régulation des émotions et des sentiments.

Dysfonctionnement cognitif

Difficulté de fonctionnement liée à la pensée, au raisonnement logique, à la compréhension, aux croyances et aux opérations intellectuelles (perception, concentration, langage, mémoire, etc.).

Figure 1.1 Les critères définissant la santé mentale et le trouble psychologique



Source : Adapté du tableau réalisé par Nora Robichaud, professeure retraitée de psychologie au Cégep de Saint-Jérôme (2006).

Dysfonctionnement comportemental

Difficulté de fonctionnement liée aux comportements, aux actions, aux gestes et à la conduite, ainsi qu'aux manifestations physiques observables.

de quelque chose qui est faux, parler de façon décousue et incompréhensible, avoir de la difficulté à se repérer dans le temps et l'espace, etc. Enfin, une personne présentant un **dysfonctionnement comportemental** peut se laver les mains 40 fois par jour, négliger son hygiène corporelle, refuser d'entrer en contact avec les autres et rester enfermée chez elle, agresser quelqu'un physiquement, etc. De plus, les manifestations physiologiques observables sont parfois associées au dysfonctionnement comportemental, comme l'accélération du pouls et de la respiration, la transpiration, etc. Si on reprend l'exemple de Karine présenté dans l'étude de cas précédente, on remarque que celle-ci éprouve des sentiments de peur et de panique (dysfonctionnement émotif) et qu'elle a des pensées catastrophiques lorsqu'elle croit que son cœur va exploser ou qu'elle est victime d'une crise cardiaque (dysfonctionnement cognitif). Karine présente aussi des manifestations physiques comme la sudation et évite ses responsabilités (dysfonctionnement comportemental). Ces éléments suffisent-ils pour affirmer que Karine souffre d'un trouble psychologique ? Évidemment non ! La seule présence d'un dysfonctionnement psychologique ne suffit pas pour remplir tous les critères correspondant à un trouble psychologique.

L'exercice 1.2 permet de vérifier la compréhension des différents types de dysfonctionnement psychologique.

EXERCICE 1.2 | Le dysfonctionnement psychologique

Associez chaque énoncé à l'un des types de dysfonctionnement psychologique suivants :

A Un dysfonctionnement émotif

C Un dysfonctionnement comportemental

B Un dysfonctionnement cognitif

- | | |
|---|--|
| 1. Avoir des pertes de mémoire | 7. Karine panique, elle se sent très mal. |
| 2. Éviter et fuir certaines situations | 8. Karine ne parle plus à personne. |
| 3. Se sentir envahi par la rage au volant | 9. Karine est convaincue qu'elle va étouffer. |
| 4. Se laver les mains 30 fois par jour | 10. Karine sent sa poitrine se comprimer et son cœur battre très fort. |
| 5. Réfléchir de façon illogique et incompréhensible | |
| 6. Être complètement découragé, abattu | |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

1.2.2 Le sentiment de détresse ou l'altération du fonctionnement

Le deuxième critère d'un trouble psychologique est la présence d'un sentiment de détresse ou d'une altération du fonctionnement.

Le sentiment de détresse

Le dysfonctionnement psychologique peut être accompagné d'un sentiment de détresse. Selon sa propre perception subjective de sa situation, la personne est bouleversée et ressent un malaise important, voire insupportable. Ce sentiment

de détresse envahissant peut aussi être appelé souffrance significative. Dans l'étude de cas que nous avons vue, Karine se sent visiblement en état de détresse et semble beaucoup souffrir lorsqu'elle est en crise.

Cependant, tout le monde éprouve parfois de la souffrance, et il ne suffit pas de ressentir de la détresse pour avoir un trouble psychologique. Inversement, dans certains troubles psychologiques, les sentiments de souffrance et de détresse sont complètement absents malgré de graves problèmes de fonctionnement. Par exemple, un individu avec un trouble de personnalité antisociale pourrait se sentir indifférent et ne pas éprouver de remords après avoir blessé, maltraité ou volé quelqu'un. Donc, ni la présence ni l'absence d'un sentiment de détresse ne suffisent pour satisfaire aux critères définissant un trouble psychologique.

L'altération du fonctionnement

Le dysfonctionnement psychologique peut aussi être accompagné d'une altération du fonctionnement, c'est-à-dire un problème de fonctionnement dans la vie quotidienne. Dans ce cas, l'individu éprouve de la difficulté à bien fonctionner du point de vue social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Interagir avec les autres, travailler, étudier, s'adapter ou réussir peut devenir ardu, voire impossible. Comme nous l'avons vu, Karine a des problèmes de fonctionnement : elle est incapable de se rendre à ses cours ou au travail (dysfonctionnement scolaire et professionnel) et craint tellement de ressentir de l'anxiété qu'elle ne parle plus à personne (dysfonctionnement social).

Toutefois, la seule présence ou absence d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres activités importantes ne suffit pas pour satisfaire aux critères définissant un trouble psychologique. Par exemple, certaines personnes n'arrivent pas à fonctionner, mais les causes de leurs difficultés ne sont pas psychologiques ; d'autres personnes fonctionnent très bien au travail malgré un sentiment de détresse important.

1.2.3 La réaction déviante ou atypique selon la culture et persistante dans le temps

Le troisième critère d'un trouble psychologique est défini par des réactions ou des symptômes déviants ou atypiques selon la culture et persistants dans le temps.

La réaction déviante ou atypique selon la culture

D'une part, pour considérer qu'une personne souffre d'un trouble psychologique, ses réactions doivent être inappropriées ou inattendues selon la société ou l'époque. En effet, des critères normatifs, culturels et sociaux sont presque toujours utilisés pour différencier ce qui est normal de ce qui est anormal, et même pathologique (*voir la rubrique En relief, à la page suivante*). Les troubles mentaux sont donc souvent définis en fonction des normes et des valeurs culturelles, sociales et familiales d'un milieu. Plus un comportement est rare, dévie de la moyenne ou s'oppose aux normes sociales en vigueur, plus il est considéré

Ethnopsychiatrie

Branche de la psychiatrie spécialisée dans l'étude des facteurs sociaux, culturels et ethniques des troubles psychologiques.

Stigmatisation

Fait d'identifier et de critiquer publiquement ou de condamner de façon catégorique un comportement, une conduite ou une personne.

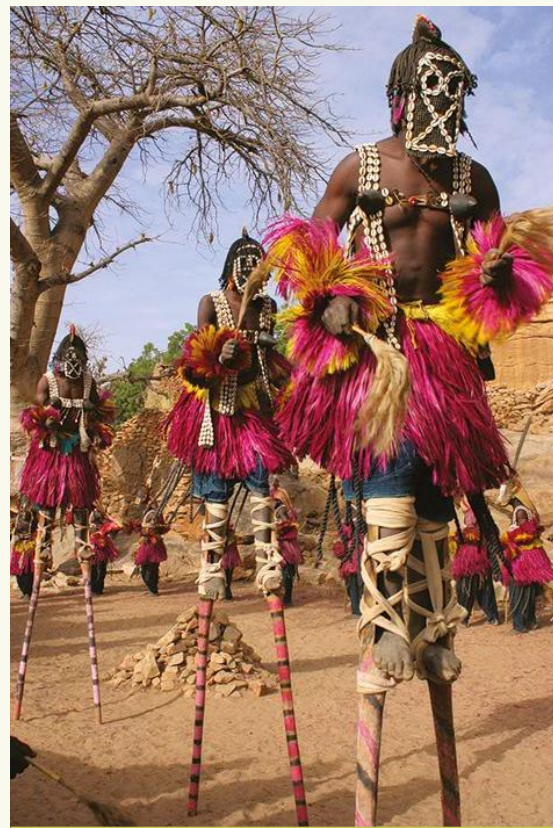
comme anormal. Toutefois, la prudence est de mise, car la seule présence de déviance sociale n'est pas un signe maladie mentale. Certaines personnes qui se comportent très différemment de la moyenne des gens sur les plans religieux, sexuel, politique ou autre sont tout simplement considérées comme des excentriques ou des génies talentueux, tels certains artistes ou personnages publics.

D'autre part, pour qu'on puisse envisager la présence d'un trouble psychologique, les symptômes d'une personne ne doivent pas être simplement une réponse typique ou culturellement attendue et appropriée par rapport à un événement particulier. Par exemple, un membre d'une tribu africaine qui entre en transe et parle aux esprits lors d'une cérémonie religieuse ne souffre pas de trouble psychologique.

EN RELIEF**Le contexte culturel et les troubles psychologiques**

La branche de la psychiatrie qui étudie les troubles mentaux dans un contexte culturel se nomme l'**ethnopsychiatrie**. Les normes et le contexte culturels apportent des différences importantes en ce qui concerne : 1) les critères diagnostiques des troubles psychologiques ; 2) les types de troubles répertoriés et leur classification ; 3) l'expression des symptômes ; 4) l'identification des causes des troubles psychologiques ; 5) la considération sociale accordée aux personnes touchées par ces troubles psychologiques.

1. Les critères diagnostiques des troubles psychologiques sont fondés sur des comparaisons sociales. Par exemple, il sera considéré qu'une personne présente un retard mental si son fonctionnement intellectuel et ses capacités d'adaptation se situent significativement au-dessous de la moyenne des gens de son âge. En outre, les critères de normalité variant d'une société à l'autre, ce qui est considéré comme normal dans une société à un moment donné peut être jugé anormal et déviant ailleurs ou à une autre époque. Par exemple, une personne qui entre en transe et parle aux esprits pourrait être considérée comme normale à plusieurs époques et dans plusieurs tribus d'Afrique, alors qu'elle recevrait peut-être un diagnostic de trouble psychologique si elle vivait aujourd'hui en Occident.
2. Certains types de troubles psychologiques sont propres à certaines cultures (*voir le tableau 1.1*), alors que d'autres semblent universels. De plus, la classification de ces troubles peut varier d'une culture à l'autre.



Certains comportements religieux, comme la cérémonie du Dama chez les Dogons du Mali, peuvent nous sembler inhabituels ou étranges, alors qu'ils sont culturellement ou individuellement appropriés pour d'autres personnes.

3. L'expression des symptômes des troubles psychologiques varie d'un groupe culturel à l'autre. Autrement dit, la façon dont les personnes parlent de la détresse psychologique ou des comportements problématiques peut varier entre les cultures. Par exemple, dans certaines régions d'Asie, lorsqu'une personne se sent confuse et déprimée, elle peut se plaindre d'avoir une vision brouillée et la migraine ou encore exprimer qu'elle se sent toujours fatiguée (Draguns et Tanaka-Matsumi, 2003). En Occident, cette personne serait possiblement dirigée vers un optométriste ou un médecin !
4. L'identification des causes des troubles psychologiques peut grandement différer d'une culture à l'autre. Par exemple, en Occident, des symptômes d'anxiété peuvent se manifester à cause d'un surendettement ou d'une perte d'emploi, alors qu'en Afrique, ils peuvent être provoqués par des problèmes de fertilité ou des rêves maléfiques (Kleinman, 1987 ; USDHHS, 1999).
5. La tolérance envers certains symptômes ou comportements et leur acceptation, de même que la considération sociale accordées aux personnes souffrant de troubles psychologiques varient grandement d'une société à l'autre. Dans certaines sociétés, la personne en difficulté vit de la **stigmatisation**, du rejet et de l'isolement, alors qu'ailleurs, elle est volontairement prise en charge par la communauté, soutenue et soignée correctement. Enfin, l'acceptation ou le refus d'un diagnostic de maladie mentale par un individu ou par ses proches, ainsi que l'adhérence au traitement peuvent aussi être influencés par la culture.

Source : Adapté de APA (2015), de Ordre des psychologues du Québec (2014) et d'une synthèse réalisée par Nora Robichaud, professeure retraitée de psychologie au Cégep de Saint-Jérôme (2008).

Tableau 1.1 Des exemples de troubles psychologiques à caractère culturel

Trouble	Symptômes	Sociétés ou région
<i>Amok</i>	Période de cafard, suivie de comportements déchaînés, irrationnels et agressifs et de tentatives pour blesser ou tuer autrui ; déclenché par une insulte ou un affront	Asie du Sud-Est
<i>Ataque de nervios</i>	Tremblements, palpitations, crises convulsives et sensation de perte de contrôle ; souvent associés à la mort d'un être cher, à un accident ou à un conflit familial	Amérique latine
Anorexie mentale	Préoccupation malade à propos du poids et de la minceur entraînant un refus de s'alimenter et pouvant mettre la vie en danger	Occident
<i>Brain fog</i>	Lassitude mentale et physique à la suite de défis liés à l'apprentissage scolaire	Afrique de l'Ouest
<i>Dhat</i>	Anxiété importante et préoccupations hypocondriaques associées à la perte de sperme, à une décoloration des urines et à l'épuisement	Asie du Sud
<i>Falling out ou blacking out</i>	Perte de connaissance soudaine où l'individu est conscient de ce qui se passe autour de lui, mais prétend ne rien voir et ne pas pouvoir bouger	Sud des États-Unis, Antilles
<i>Ghost sickness</i>	Préoccupation liée à la mort et aux défunts ; mauvais rêves, faiblesse, sensation de danger, perte d'appétit, évanouissement, hallucinations, confusion et sentiment d'impuissance	Tribus amérindiennes
<i>Koro</i>	Peur que le pénis (ou la vulve et les seins chez la femme) se rétracte dans le corps et cause la mort ; tentatives de prévention de la rétraction appréhendée pouvant causer de graves lésions physiques	Asie du Sud-Est
<i>Psychose windigo</i>	Perte d'appétit, diarrhée et vomissement ; hallucinations dans lesquelles des proches se transforment en animaux comestibles ; idées délirantes et impulsions cannibales	Chipewyans, Cris et Montagnais-Naskapis du Canada
<i>Zar</i>	Possession par des esprits : convulsions, langage incompréhensible, cris, pleurs, rires, chants et comportements étranges, qui alternent avec un comportement apathique et du mutisme	Afrique du Nord et Moyen-Orient

Source : Données tirées de APA (2003 ; 2015), de Barnouw (1985), de Brislin (1993) et de Huffman *et al.* (1995).

La réaction déviante ou atypique persistante dans le temps

Enfin, pour que l'on considère qu'une personne souffre d'un trouble psychologique, ses symptômes doivent s'étendre sur une longue période. Autrement dit, le dysfonctionnement psychologique, la détresse ou l'altération du fonctionnement dans un domaine de vie important doivent persister dans le temps. Par exemple, ce n'est pas parce qu'une adolescente ne va pas à l'école et pleure toute la journée à la suite d'une rupture amoureuse qu'elle présente un trouble psychologique. Par contre, si cette adolescente pleure tous les jours et s'absente fréquemment de l'école depuis plusieurs mois, elle souffre peut-être d'un trouble psychologique.

En résumé, pour considérer qu'une personne présente un trouble psychologique, elle doit manifester un dysfonctionnement psychologique, associé avec au moins un sentiment de détresse significative ou un problème de fonctionnement dans un domaine important de sa vie. De plus, ces manifestations doivent être atypiques et se prolonger dans le temps. Enfin, ces réactions peuvent parfois impliquer un certain degré de dangerosité pour la personne touchée (par exemple, un risque de suicide) ou pour les autres (par exemple, un risque de violence envers autrui).

Il existe un débat continuels visant à différencier ce qui est normal ou non, à définir la santé mentale et le trouble psychologique, à établir les critères diagnostiques et à reconnaître certains troubles spécifiques. Actuellement, la définition du trouble psychologique la plus largement acceptée est peut-être celle qui est adoptée par l'Association américaine de psychiatrie (American

EXERCICE 1.3 | Les critères définissant un trouble psychologique

Associez chaque cas à l'un ou à plusieurs des critères suivants :

- A** Un dysfonctionnement psychologique (indiquez si celui-ci est émotif, cognitif ou comportemental)
- B** Un sentiment de détresse
- C** Une altération du fonctionnement (indiquez si le dysfonctionnement est professionnel ou social)
- D** Une réaction atypique ou culturellement inattendue

1. La voisine de Jacques ramasse des objets qui semblent inutiles, comme des boîtes en styromousse servant à emballer la viande et les fruits. Une pièce de la maison est complètement remplie de ces « trésors » et la cave commence également à servir d'entrepôt. Jacques pense que sa voisine est folle parce que son comportement est spécial et anormal : personne n'agit de la sorte !
2. Marc-Olivier se sent colérique et agressif depuis peu. Il fonctionne toujours bien au travail et dans ses relations personnelles, mais il sent une rage gronder en lui. Il se demande ce qui lui arrive et se sent mal dans cette situation qui le fait souffrir.
3. Laurence, une jeune directrice des ressources humaines, ne s'occupe plus très bien d'elle-même depuis plus d'un mois. Elle a arrêté de prendre sa douche et de sortir pour faire ses courses. Elle refuse d'aller travailler et passe ses journées à regarder des émissions de télé-réalité sans être capable de se concentrer ni de se rappeler ce qu'elle a vu.
4. Janik a peur de sortir de sa chambre. Avant, elle s'obligeait à sortir pour garder le contact avec l'école, ses amis et sa famille. Depuis trois semaines, elle est prise de panique dès qu'elle essaie de franchir le seuil de sa chambre.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Psychiatric Association – APA), qui publie un manuel de référence destiné aux **psychiatres** et aux autres professionnels de la santé mentale intitulé le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (communément nommé *DSM* pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, et qui en est à sa 5^e édition, d'où son appellation *DSM-5*). Cependant, les auteurs soulignent que cet ouvrage reflète un consensus actuel qui peut varier selon les époques: « Ces critères diagnostiques, de même que leurs relations au sein de la classification, se justifient à partir des recherches actuelles, et sont à ce titre susceptibles de devoir être modifiés à mesure que de nouvelles données scientifiques seront rassemblées à la fois à l'intérieur et entre les domaines des troubles présentés » (APA, 2015, p. 11). De plus, aucune définition du trouble psychologique ne peut en déterminer parfaitement les limites ni proposer des critères qui couvrent toutes les situations. Enfin, il semble exister une seule constante parmi les nombreuses tentatives de définition et de classification des troubles mentaux: le débat et le changement!

Psychiatre

Médecin spécialisé en psychiatrie, la branche de la médecine qui étudie et traite les troubles psychologiques.

1.3 La science de la psychopathologie

Le mot « psychopathologie » vient du grec *psukhê*, qui signifie « âme » et *pathos*, qui signifie « souffrance ». La **psychopathologie** s'intéresse donc à la souffrance de l'âme ou, autrement dit, aux maladies psychologiques. Il s'agit de la branche de la psychologie et de la médecine qui se spécialise dans l'étude scientifique du comportement anormal ou pathologique et des troubles psychologiques. Du point de vue de l'histoire, l'étude scientifique et spécialisée des troubles psychologiques est assez récente, puisqu'elle remonterait au début des années 1900. Le terme « psychopathologie » est employé pour la première fois en 1878 par le psychiatre allemand Hermann Emminghaus (1845-1904) dans son livre intitulé *Psychopathologie générale: une introduction à l'étude des troubles mentaux*. Les professionnels de la recherche en psychopathologie ont adopté la méthode scientifique pour :

- formuler une description objective des différents troubles psychologiques, de leurs caractéristiques et de leurs symptômes;
- déterminer l'**étiologie** des différents troubles psychologiques;
- proposer des traitements et en évaluer les impacts.

Ces trois catégories, soit la description clinique, l'étiologie et les traitements des différents troubles psychologiques (voir la figure 1.2), sont constamment utilisées dans ce livre, en particulier dans les chapitres décrivant les catégories spécifiques de troubles psychologiques.

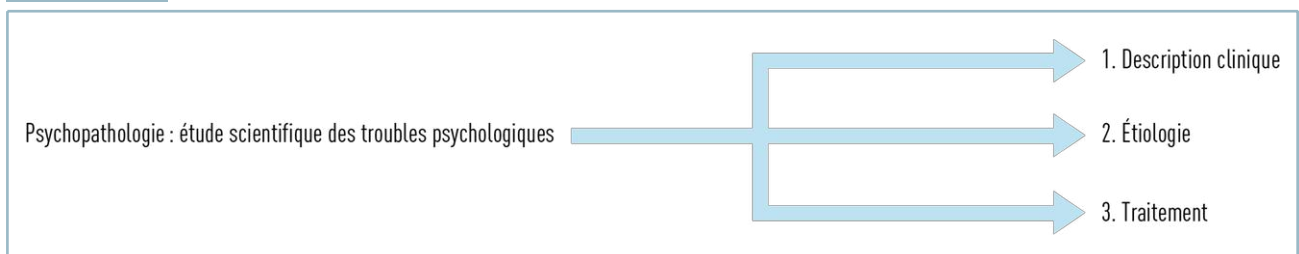
Psychopathologie

Branche de la psychologie et de la médecine qui se spécialise dans l'étude scientifique du comportement pathologique et des troubles psychologiques.

Étiologie

Étude des facteurs qui contribuent au développement des maladies.

Figure 1.2 Les trois grandes catégories de l'étude des troubles psychologiques



Source : Adapté de Durand et Barlow (2002).

Symptomatologie

Étude des signes et des symptômes d'une maladie ou d'un trouble psychologique.

Épidémiologie

Méthode de recherche qui étudie la fréquence, la distribution, l'évolution et les conséquences des maladies et des troubles mentaux dans une population.

Prévalence

Proportion de personnes d'une population qui présente une maladie ou un trouble psychologique particulier.

Évolution

Déroulement et mode de changement d'une maladie ou d'un trouble psychologique à travers le temps.

Pronostic

Estimation ou jugement porté d'avance sur la durée, l'évolution et l'issue d'une maladie ou d'un trouble psychologique.

Dépistage

Identification des personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble psychologique non diagnostiqué ou qui risquent éventuellement d'en manifester un.

1.3.1 La description clinique et les caractéristiques d'un trouble psychologique

La description des caractéristiques d'un trouble psychologique vise à en décrire les signes et symptômes en ce qui concerne les comportements, les pensées et les sentiments (la **symptomatologie**) et les critères diagnostiques. La description clinique vise également à expliquer comment le problème se présente de façon fonctionnelle en ce qui a trait au moment d'apparition, à la fréquence, à l'intensité, à la persistance, etc., et comment un trouble psychologique se présente dans une population donnée (l'**épidémiologie**). Ainsi, on détermine le nombre de personnes souffrant du trouble en question dans la population en général (la **prévalence**), le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée (l'**incidence**), la proportion de personnes touchées par le trouble selon le sexe et l'âge (la distribution), l'âge moyen d'apparition du trouble et l'**évolution** du trouble dans le temps (voir aussi **pronostic**). Évidemment, toutes ces informations varient d'un trouble à l'autre.

1.3.2 L'étiologie d'un trouble psychologique

L'étude de l'étiologie, c'est-à-dire des facteurs associés à une maladie, permet de décrire les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent influencer l'apparition, le développement et l'évolution d'un problème. L'étiologie des troubles psychologiques est souvent plus complexe que celle des maladies physiques, car elle ne se résume pas à de simples liens de cause à effet. Les troubles psychologiques proviennent plutôt d'une interaction de plusieurs facteurs différents. Il faut donc considérer l'influence de diverses composantes dans la compréhension des maladies mentales (OPQ, 2014). Ainsi, de nos jours, l'étiologie des troubles psychologiques est expliquée de façon globale au moyen de l'approche intégrée ou biopsychosociale, qui sera expliquée au chapitre 2. L'étiologie de chaque grande catégorie de troubles psychologiques est décrite dans les chapitres consacrés spécifiquement à ces troubles.

1.3.3 Les traitements d'un trouble psychologique et leurs effets

Pour bénéficier d'un traitement d'un trouble psychologique, il est recommandé de consulter un intervenant du domaine de la santé mentale et de la psychopathologie. Le tableau 1.2 présente quelques-uns de ces intervenants et leurs champs d'expertise respectifs. L'information, la promotion de la santé, la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font partie de l'ensemble des champs d'exercice du secteur de la santé mentale. Cependant, la consultation de certains professionnels permet plus spécifiquement d'évaluer et de diagnostiquer un trouble psychologique, de proposer des pistes de traitement ou encore de suivre un plan d'intervention, et ce, en fonction des besoins de la personne qui consulte. Ainsi, certaines interventions comme le **dépistage** peuvent être réalisées par l'ensemble des professionnels et des intervenants

du secteur de la santé mentale. Par contre, d'autres interventions comme l'évaluation et le **diagnostic** sont des **actes réservés** à certains professionnels qui détiennent la formation et les connaissances nécessaires pour ce faire. Le chapitre 3 explique de façon détaillée le processus d'évaluation et de diagnostic des troubles psychologiques.

Actuellement, il existe deux grands types de traitements dans le domaine de la santé mentale : l'approche médicale et l'approche psychologique. La prochaine section traite, dans leurs grandes lignes, des différents types de traitements et de **psychothérapies** des troubles psychologiques. Les chapitres consacrés à des troubles spécifiques présenteront sommairement les plus récents traitements biomédicaux et psychologiques reconnus pour leur efficacité. Depuis juin 2012, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (aussi connue sous le nom de projet de loi 21) encadre l'exercice de la psychothérapie au Québec. L'usage du titre de psychothérapeute est dorénavant réservé aux psychologues, aux médecins et

Diagnostic

En santé mentale, processus d'évaluation visant à déterminer si un problème particulier qui affecte un individu répond à tous les critères d'un trouble psychologique spécifique. Identification d'une maladie par ses symptômes.

Acte réservé

Intervention exclusive au champ d'exercice de certains professionnels qui sont spécifiquement formés à cet effet.

Psychothérapie

Traitement psychologique pour un trouble mental ou pour tout autre trouble entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.

Tableau 1.2 Les champs d'exercice de quelques professionnels et intervenants en santé mentale et en psychopathologie

Médecin	Psychologue	Psychoéducateur
Évalue et diagnostique toute déficience de la santé tant physique que mentale ; prévient et traite les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.	Évalue le fonctionnement psychologique et le fonctionnement mental ; détermine, recommande et effectue des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.	Évalue les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives ; élabore un plan d'intervention et en assure la mise en œuvre ; aide à rétablir et à développer les capacités adaptatives de la personne ; contribue au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.
Travailleur social	Ergothérapeute	Sexologue
Évalue le fonctionnement social ; détermine un plan d'intervention sociale et en assure la mise en œuvre ; soutient et rétablit le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.	Évalue les habiletés fonctionnelles (activités quotidiennes, scolaires, de travail et de loisir) ; détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'intervention ; développe, restaure ou maintient les aptitudes ; aide à compenser les incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter l'environnement (incluant le soutien à la famille et au milieu de vie) dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.	Évalue le comportement et le développement sexuels de la personne ; détermine, recommande et effectue des interventions et des traitements dans le but de favoriser un meilleur équilibre sexuel chez l'être humain en interaction avec son environnement.

- **Autres professions du domaine de la santé mentale :** infirmier, conseiller d'orientation, orthophoniste et audiologiste, thérapeute conjugal et familial, criminologue.
- **Éducateurs spécialisés :** ces intervenants sont des techniciens et ne sont donc pas mentionnés dans les documents de l'Office des professions du Québec. Les éducateurs spécialisés effectuent des interventions (notamment la mise en œuvre d'un plan d'intervention) auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes présentant des déficiences psychiques ou physiques, des troubles du comportement, des difficultés d'adaptation ou d'insertion sociale.

Source : Adapté de Office des professions du Québec (2013), p. 92-94.

Réadaptation psychosociale

Processus aidant les personnes atteintes d'une maladie mentale à développer leur autonomie au sein de la communauté et à faire face à leurs incapacités en développant des compétences sociales et en recevant, lorsque cela est approprié, une formation visant la réinsertion professionnelle.

aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec à des professionnels dont la spécialité est connexe à la psychologie, tels que les sexologues ou les psychoéducateurs. L'Office des professions du Québec offre d'ailleurs cette définition de la psychothérapie : « Traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé » (Office des professions du Québec, 2013, p. 73). L'exercice 1.4 permet de vérifier la compréhension du vocabulaire lié à l'étude de la psychopathologie.

Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être accompagnées par une équipe soignante multidisciplinaire responsable de la **réadaptation psychosociale** et du traitement. Idéalement, plusieurs intervenants provenant de différentes disciplines collaborent afin d'élaborer et de mettre en œuvre un suivi spécialisé et spécialement adapté aux différents besoins de la personne.

EXERCICE 1.4 | La psychopathologie : l'étude scientifique des troubles psychologiques

Associez chacun des cas décrits à l'un des termes liés à l'étude de la psychopathologie suivants :

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| A Un diagnostic | D Un pronostic |
| B Une prévalence | E Une évolution |
| C Un traitement | F Une étiologie |

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Le psychothérapeute de Sophie lui dit estimer qu'elle pourra apprendre à surmonter sa phobie des chiens en quelques rencontres. 2. Jeremy souffre de manie et de dépression de façon récurrente ; le trouble bipolaire dont il est atteint se manifeste de façon épisodique. 3. Après une consultation et une évaluation dans un centre d'aide psychologique, le problème de Stéphane a été identifié : il présente un trouble déficit de l'attention. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent pour influencer l'apparition du trouble de la personnalité que présente Nathalie. 5. Dany suit une psychothérapie pour régler son problème de dépendance aux amphétamines (<i>speed</i>). 6. Camille apprend qu'environ 5 à 10 % des étudiants présentent, comme elle, un trouble d'apprentissage. |
|---|---|

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Source : Adapté de Durand et Barlow (2002).

1.4 Les changements historiques dans les conceptions du trouble psychologique

Les conceptions du comportement anormal et du trouble psychologique ont souvent changé à travers l'histoire en fonction des connaissances, des croyances et des normes en vigueur à une époque et dans une société en

particulier. Les différentes conceptions du trouble psychologique peuvent être regroupées en trois grands modèles explicatifs : le modèle surnaturel, le modèle biologique et le modèle psychologique (Durand et Barlow, 2002; Hergenhahn, 2007). Cette section décrit les façons respectives de ces trois modèles d'expliquer et de traiter les troubles psychologiques ; un résumé est présenté dans le tableau 1.3.

Tableau 1.3 Les modèles explicatifs historiques du trouble psychologique

Modèle	Étiologie du trouble mental	Traitement : objectif et méthodes
Surnaturel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influence de facteurs surnaturels : soleil, lune, étoiles, possession par des esprits, divinités, démons, etc. 	Pour chasser les mauvais esprits du corps de la personne possédée : <ul style="list-style-type: none"> ▪ trépanation ▪ rituels d'exorcisme ▪ persécution, torture, emprisonnement et exécution
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influence de facteurs biologiques : maladie physiologique, gènes, cerveau, système nerveux, hormones, etc. 	Pour rétablir l'équilibre biologique du corps : <ul style="list-style-type: none"> ▪ saignées, lavements, purges ▪ pharmacothérapie (vers 1950) Institutionnalisation massive : <ul style="list-style-type: none"> ▪ période favorisant l'hygiène de vie et l'environnement sain ▪ période de pessimisme thérapeutique favorisant l'enfermement, la contention, l'isolement et les traitements-chocs et de dernier recours (hydrothérapie, malariathérapie, insulinothérapie, chirurgie cérébrale, électrochocs, etc.)
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influence de facteurs psychologiques et sociaux : difficultés émotives, expériences traumatisantes, problèmes de développement, mauvais apprentissages, etc. ▪ Explications variées selon les approches 	Pour rétablir l'équilibre psychologique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ traitement moral (Pinel) ▪ psychothérapies variées selon les approches

1.4.1 Le modèle surnaturel

Le modèle surnaturel a été largement adopté en Occident pendant plusieurs siècles, notamment dans les sociétés primitives et médiévales (Zilboorg et Henry, 1941). Il est toujours en vigueur dans de nombreuses cultures et sociétés à travers le monde, même s'il n'est pas reconnu par le domaine scientifique.

L'étiologie

Le **modèle surnaturel** est aussi appelé le modèle religieux puisqu'il s'appuie sur des superstitions et des croyances religieuses. Selon ce modèle, une personne souffre de folie parce qu'elle subit l'influence de forces externes naturelles (la lune, les étoiles, le soleil) ou surnaturelles : elle est possédée par les dieux, de mauvais esprits ou des démons. Soit que la personne possédée ne soit pas considérée comme responsable de son état, soit que l'on considère que la personne est punie pour ses mauvaises actions, ses péchés, ses actes de sorcellerie ou encore parce qu'elle a volontairement pactisé avec le diable.

Modèle surnaturel

Modèle selon lequel le trouble psychologique provient de l'influence des étoiles, des esprits, des divinités, des démons, etc.

Trépanation

Opération chirurgicale d'autrefois où un trou était percé dans le crâne de la personne possédée pour permettre aux démons de s'en échapper.

Exorcisme

Rituel religieux pratiqué pour chasser les démons du corps des possédés.

Inquisition

Tribunal mis en place par l'Église catholique du 13^e au 16^e siècle, dans le but de lutter contre les crimes d'offense à la religion, de sorcellerie et de magie.

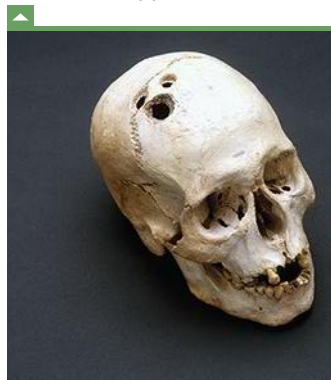
Asile

Endroit spécialisé dans l'internement et le traitement des personnes ayant un trouble psychologique, considéré comme l'ancêtre des hôpitaux psychiatriques.

Modèle biologique

Modèle selon lequel le trouble psychologique provient de maladies physiologiques ou génétiques, de problèmes liés au cerveau, au système nerveux, aux hormones, etc.

La trépanation consistait à percer un trou dans le crâne pour permettre aux démons responsables du comportement anormal de s'en échapper.



Le traitement

Dans les sociétés primitives, lorsque l'âme et le corps d'une personne étaient possédés par le démon ou un mauvais esprit, un traitement proposé était la **trépanation**. Cette pratique semble être très ancienne puisque des crânes trépanés datant de plus de 10 000 ans ont été découverts.

Le Moyen Âge est une période qui s'étend du 5^e au 15^e siècle. Au début du Moyen Âge, il existait une certaine tolérance à l'égard des troubles psychologiques: si la personne ne présentait pas de trouble de comportement majeur ou dérangent, elle était vraisemblablement acceptée et prise en charge par la famille ou la collectivité. Lorsque le comportement anormal était plus dérangent, le traitement proposé par l'Église était l'**exorcisme**, qui visait à rendre le corps de la victime inconfortable pour le démon ou les mauvais esprits. Ce traitement pouvait comporter des prières et des incantations, des signes de croix et de l'eau bénite, le jeûne, des saignées, des infusions et des potions magiques dégoûtantes, des vomissements provoqués et même des coups, la torture et l'enfermement (Davidson et Neale, 1994; Kemp, 1990).

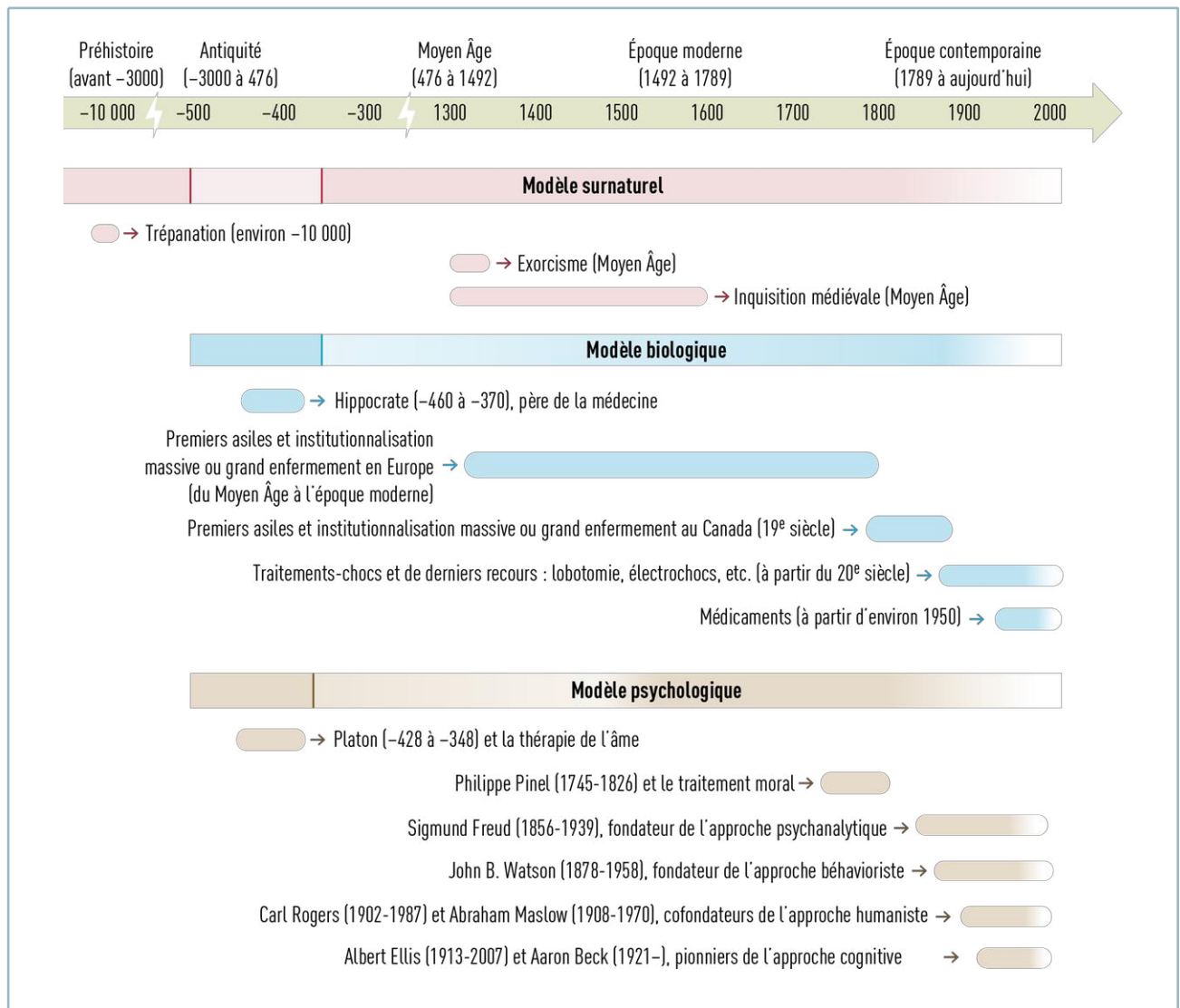
Du 13^e au 16^e siècle, la croyance et la crainte du pouvoir des démons et des sorcières s'intensifient et se généralisent. L'Église entreprend de persécuter toutes les personnes soupçonnées de comploter avec les forces du mal. Ces personnes étaient alors jugées par le tribunal de l'**Inquisition**. En 1484, l'Église publiait le *Malleus Maleficarum* (*Le marteau des sorcières*), un livre destiné à aider les inquisiteurs à débusquer les sorcières. Une fois soupçonnée de sorcellerie, une personne n'avait plus beaucoup de chance de s'en sortir: on la capturait, la torturait pour lui faire avouer son alliance avec le diable, puis on l'enfermait à vie ou on la mettait à mort. Certains de ces accusés souffraient probablement de problèmes de santé mentale, mais certainement pas tous. L'accusation de sorcellerie pouvait être un bon moyen de se débarrasser rapidement d'un membre de la famille dérangent, de nuire à un ennemi ou de s'approprier ses biens (Spanos, 1978). Ainsi, de 1560 à 1650 seulement, des centaines de milliers de personnes ont été accusées de sorcellerie et exécutées sur la place publique ou encore enfermées dans les premiers **asiles**, lieux semblables à des camps de concentration. La figure 1.3 résume l'évolution des conceptions du trouble psychologique de la préhistoire à nos jours.

1.4.2 Le modèle biologique

Le modèle biologique a pris naissance pendant l'Antiquité, vers le 4^e siècle av. J.-C. Il s'est longtemps opposé au modèle surnaturel, puis a été pratiquement abandonné pendant et après l'époque du Moyen Âge. Il a fait un retour en force au 18^e siècle, où il a été adopté comme modèle principal pendant environ deux siècles. Le modèle biologique est toujours en vigueur de nos jours.

L'étiologie

Selon le **modèle biologique**, aussi appelé le modèle médical, le comportement anormal et le trouble psychologique sont liés à des facteurs physiologiques.

Figure 1.3 La ligne du temps des conceptions du trouble psychologique

La maladie de l'esprit a une origine physique : un dérèglement chimique, une anomalie génétique, une maladie héréditaire, un problème de fonctionnement du cerveau ou du système nerveux, etc.

Considéré comme le père de la médecine, Hippocrate (460-370 av. J.-C.) a été l'un des premiers à soutenir que les maladies ont des causes naturelles plutôt que surnaturelles. Il croyait que les troubles psychologiques pouvaient être traités sur le plan physique, comme n'importe quelle autre maladie. En fait, selon Hippocrate, les problèmes comportementaux et les troubles mentaux résultaient d'un déséquilibre des quatre fluides du corps (sang, bile jaune, bile noire et flegme), chacun étant associé à une humeur : la manie et la violence étaient associées à la bile jaune provenant du foie ; la mélancolie et l'anxiété, à la bile noire provenant de la rate ; l'apathie, au flegme ou la lymphe provenant du cerveau ; enfin, la frénésie ou les réactions émotives fortes étaient associées au sang qui passait par le cœur.

Antipsychiatrie

Mouvement critique qui s'oppose à la psychiatrie médicale en affirmant que la maladie mentale est un mythe qui rend les personnes qui souffrent impuissantes, et en soutenant que l'internement psychiatrique est un outil répressif servant les valeurs dominantes de la norme.

Au 19^e siècle, les patients souffrant de troubles psychologiques internés dans un asile pouvaient bénéficier de promenades ou d'exercice dans les jardins, d'une bonne alimentation, de repos et surtout de sécurité et d'encadrement.

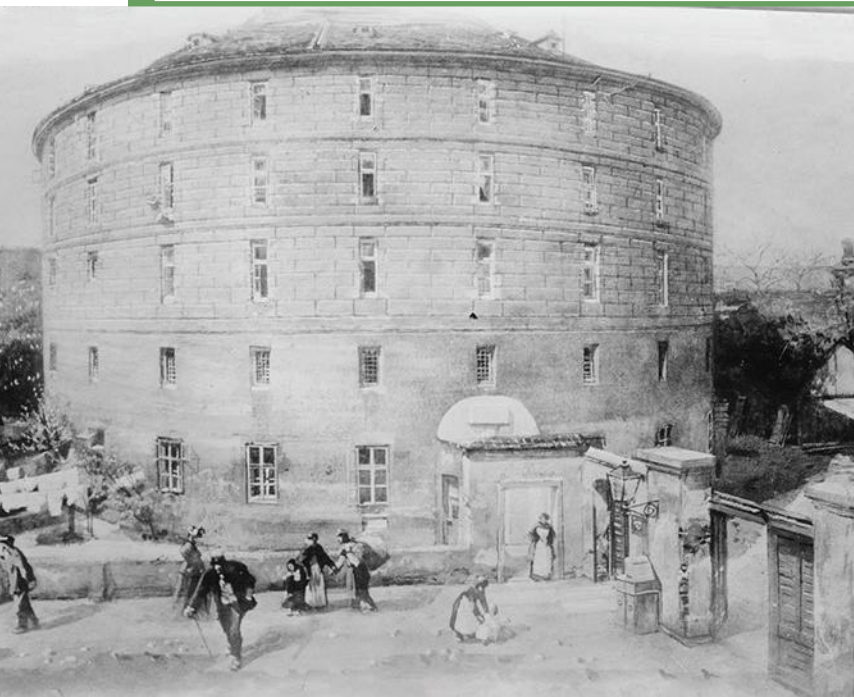
Les adeptes plus contemporains de cette approche ont étudié la médecine, la chimie, la biologie, etc. Ils tentent de développer la méthode scientifique à travers leurs recherches. À partir du modèle biologique, la maladie mentale a pu être incluse pour la première fois dans les classifications médicales des maladies. Certains auteurs ont même tenté de répertorier les différentes formes de troubles psychologiques pour créer les premières classifications spécifiques aux maladies mentales et ainsi jeter les bases de la psychiatrie moderne (Besançon, 1993).

À la fin des années 1950, le psychiatre Thomas Szasz (1976; 2011) a vivement critiqué le modèle médical qui est à l'origine de la psychiatrie. Selon lui, ce modèle déresponsabilise les personnes souffrant de maladie mentale et les amène à penser que les seules solutions possibles pour traiter leur trouble sont la médication, l'hospitalisation et la chirurgie. Szasz avance même que la maladie mentale n'est qu'un mythe bien utile pour étiqueter les personnes qui se comportent étrangement. En soutenant ces idées, il nourrit le débat sur la pertinence de la psychiatrie et lance le mouvement appelé **antipsychiatrie**.

Le traitement

Dans l'Antiquité, les médecins grecs proposaient des traitements différents selon le trouble mental présenté par la personne souffrante. Par exemple, Platon (environ 428-348 av. J.-C.) a été le premier à encourager chaque citoyen à respecter les malades mentaux et à en prendre soin. Il recommandait d'intégrer la médecine et la morale dans une seule thérapie : celle de l'âme et du corps (Besançon, 1993).

Vers la fin du Moyen Âge et au début de la Renaissance (du 14^e ou 15^e siècle à la fin du 16^e siècle), le traitement du trouble psychologique s'oriente vers l'institutionnalisation massive. Tous les sans-abri, les criminels, les mendiants et les fous doivent être enfermés, pour leur propre bien-être et pour assurer le maintien de l'ordre public. Ainsi s'amorce le début d'une période appelée le grand enfermement (Foucault, 1972), où des hôpitaux spécialisés dans le traitement des « fous » sont fondés partout à travers l'Europe. Ce mouvement s'effectuera plus tard en Amérique du Nord, vers le 19^e siècle, par exemple avec l'ouverture, en 1845, de l'Asile de Beauport à Québec. Ces hôpitaux devaient d'abord être des refuges, aussi appelés asiles, où l'on privilégiait une bonne hygiène de vie et un environnement sain comme traitement de la folie.



Malheureusement, le postulat du **déterminisme** génétique de la maladie mentale a introduit une période dominée par un pessimisme thérapeutique. Puisqu'on croyait que le sort des malades mentaux était biologiquement déterminé d'avance et que leur état devait continuellement s'aggraver, aucun autre traitement que l'hospitalisation à vie ne semblait possible. Les malades mentaux étaient alors soit laissés à leur sort dans les établissements psychiatriques, soit utilisés par les médecins comme cobayes pour l'expérimentation de nouveaux traitements. Ainsi, les hôpitaux psychiatriques se sont vite transformés en prisons surpeuplées, parfois aux conditions insalubres et inhumaines, où les patients étaient laissés à eux-mêmes sans autres interventions thérapeutiques que les coups, la **contention**, l'isolement, et certains traitements physiques comme des saignées, des lavements, des purges ou des bains glacés. Au 20^e siècle, une période effervescente s'amorce dans le domaine de la psychiatrie. Plusieurs traitements-chocs et de derniers recours sont appliqués vers les années 1930, comme les électrochocs et les chirurgies du cerveau. Puis vers 1950, la **pharmacothérapie** prend une place importante.

Les traitements-chocs avaient pour but de faire vivre un choc intense au patient ayant perdu l'esprit et, ainsi, de le ramener à ses sens ou à la raison : bains ou douches glacées, malariathérapie, insulinothérapie, etc. Par exemple, au cours d'un traitement par électrochocs (aujourd'hui appelé **électroconvulsothérapie** ou sismothérapie), le patient reçoit des décharges électriques qui traversent son cerveau et provoquent des convulsions, un peu comme dans une crise d'épilepsie. Le patient se réveille ensuite dans un état de grande confusion ; temporairement, les symptômes de la maladie disparaissent (Grondin, 1997). La **lobotomie** était aussi tentée comme traitement de dernier recours : il s'agit d'une opération chirurgicale au cours de laquelle le médecin sectionne les connexions entre des parties du cerveau pour éliminer les comportements indésirables à la source. Par exemple, Rosemary Kennedy et Alys Robi sont des cas célèbres de personnes ayant subi une lobotomie, alors que Walter Freeman est un docteur connu pour avoir lobotomisé à lui seul plus de 3 000 personnes dans les années 1940, et ce, de façon tout à fait particulière : il enfonçait des pics à glace dans le coin des yeux des patients (PBS, 2008). L'électroconvulsothérapie et les chirurgies du cerveau sont parfois utilisées de nos jours comme traitements de dernier recours, mais les méthodes utilisées aujourd'hui se sont grandement améliorées.

Avant la découverte des médicaments, des produits variés étaient utilisés comme sédatifs pour calmer les patients, par exemple l'opium. La pharmacothérapie, soit le traitement des troubles psychologiques à l'aide de molécules chimiques prises sous forme de médicaments, s'est ensuite développée. Plusieurs traitements pharmacologiques ont été découverts par hasard : ayant observé les effets secondaires intéressants de certains médicaments prescrits pour des maux physiques, des médecins ont commencé à les prescrire à leurs patients souffrant de maux psychologiques. Par exemple, les premiers médicaments antidépresseurs ont été découverts en 1957, après que l'on eut observé les effets euphorisants d'une substance utilisée pour traiter la

Déterminisme

Principe selon lequel tous les phénomènes, y compris les actions humaines, sont déterminés ou causés par des événements antérieurs ou physiologiques.

Contention

Liens et attaches utilisés en psychiatrie pour restreindre les mouvements de patients agités ou agressifs.

Pharmacothérapie

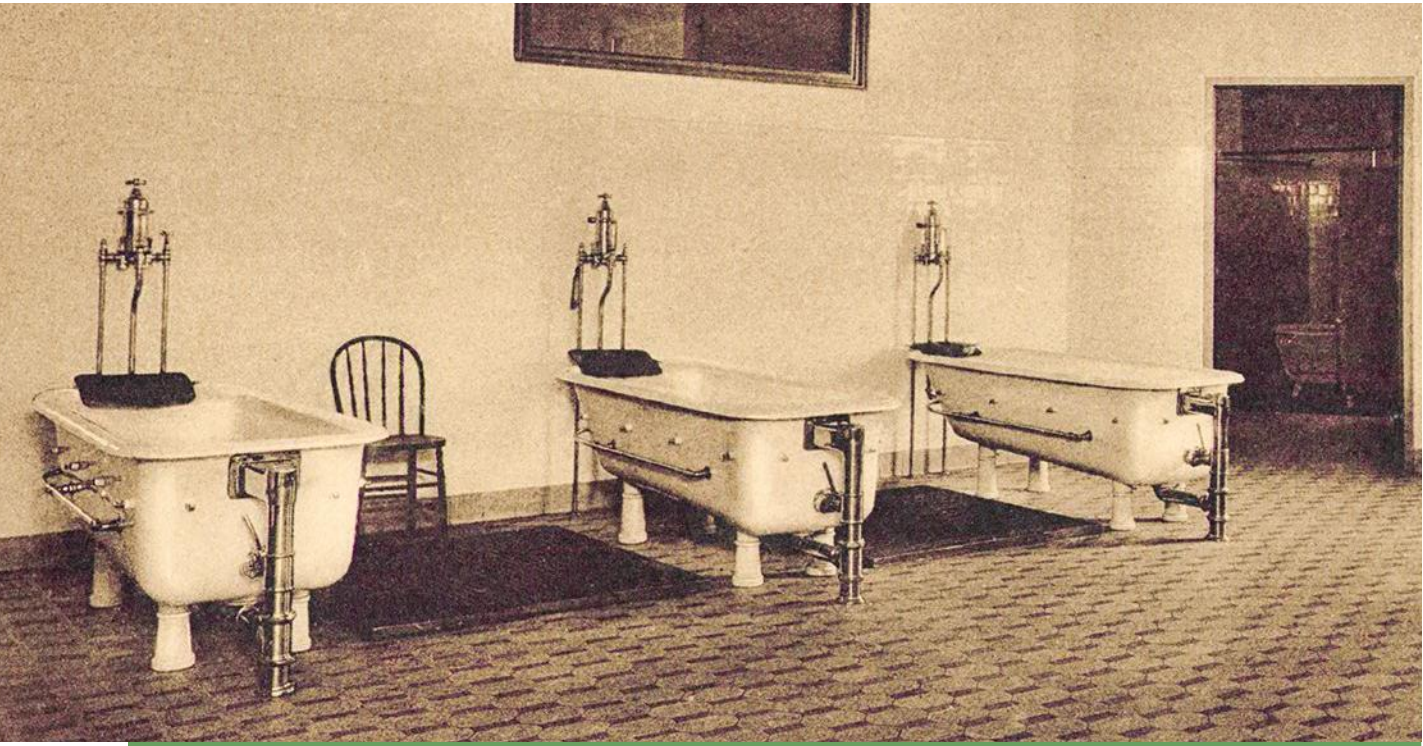
Traitement des troubles psychologiques à l'aide de molécules chimiques prises sous forme de médicaments.

Électroconvulsothérapie (ECT)

Thérapie de dernier recours qui consiste à administrer des décharges électriques au cerveau, causant des crises d'épilepsie artificielles aux effets thérapeutiques sur plusieurs symptômes de troubles.

Lobotomie

Chirurgie du cerveau qui consiste à en sectionner un lobe, une portion ou certaines connexions nerveuses. Elle a été utilisée comme traitement de dernier recours pour ses effets thérapeutiques sur la personnalité et sur les symptômes du patient, mais elle a aussi été critiquée pour son manque d'efficacité reliée aux rechutes fréquentes et à l'appauvrissement affectif du patient.



En ce qui a trait à l'hydrothérapie, Michel Foucault (1972) rapporte que les médecins de l'époque classique établissaient des liens entre le fonctionnement du système nerveux et l'effet thérapeutique des bains et des douches, utilisés comme traitement pour rafraîchir et détendre le corps. La douche froide et le bain glacé avaient, quant à eux, la mission de produire un « choc » destiné à changer les idées et les sentiments de la personne traitée.

tuberculose (Centre hospitalier Bélair, 2015). L'arrivée des neuroleptiques a transformé la pratique dans les hôpitaux psychiatriques : on possédait enfin un autre moyen que la contention pour diminuer les délires, l'agitation et l'agressivité des patients les plus difficiles. Les recherches dans le domaine se sont sans cesse approfondies, ce qui a permis de mettre au point d'autres types de médicaments aux effets plus spécifiques comme les antipsychotiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs. Ainsi, la pharmacothérapie est largement utilisée de nos jours dans le traitement de plusieurs troubles psychologiques. Elle permet à plusieurs individus souffrant d'un trouble psychologique de mieux fonctionner ou pour certains, d'éviter l'institutionnalisation prolongée. Cependant, il est fréquemment recommandé de combiner pharmacothérapie et thérapie psychologique. En effet, la pharmacothérapie peut aider à diminuer les symptômes et la souffrance du patient, afin qu'il soit plus disponible à la psychothérapie. Souvent, les bénéfices de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps que ceux des médicaments après la fin du traitement (Fansi *et al.*, 2014).

1.4.3 Le modèle psychologique

Le modèle psychologique apparaît dès la Grèce antique avec les premiers philosophes. Il est suivi des modèles surnaturel et biologique jusqu'au début du 20^e siècle, moment où il est repris par plusieurs écoles de pensée différentes. Ce modèle est toujours en vigueur aujourd'hui.

L'étiologie

Selon le **modèle psychologique**, le comportement anormal d'une personne est influencé par des difficultés émotives, des expériences traumatisantes, des problèmes de développement, des mauvais apprentissages, etc. L'accent est mis sur la contribution centrale des expériences, de l'apprentissage et de l'environnement social dans le développement de la maladie mentale.

Modèle psychologique

Modèle selon lequel le trouble psychologique provient de difficultés émotives, d'expériences difficiles, de fausses croyances, etc., et qui propose des thérapies variées.

Le traitement

La thérapie morale constitue la première thérapie de type psychologique contemporaine. Au tournant du 19^e siècle, le médecin français Philippe Pinel (1745-1826), alors responsable de l'asile Bicêtre, puis de celui de la Salpêtrière à Paris, fait sortir les **aliénés** de leur cachot, les libère de leurs chaînes et exige qu'ils soient traités humainement.

Aliéné

Personne atteinte d'aliénation mentale, ayant perdu l'esprit ; synonyme de « fou » ou de « malade mental ».

Ce faisant, Pinel relançait le modèle psychologique en instaurant avec ses patients une relation thérapeutique respectueuse qu'il appelait le traitement moral. Le mot « moral » était utilisé en opposition au mot « physique » et comme un synonyme du mot « psychologique », ce dernier n'étant pas encore utilisé à l'époque. Pinel proposait donc un traitement de nature psychologique pour tenter de soulager ses patients dans une atmosphère humaine.

L'exercice 1.5 permet de vérifier la compréhension des modèles surnaturel, biologique et psychologique.

Après la thérapie morale, plusieurs explications et traitements différents de type psychologique ont été mis au point dans le domaine de la santé mentale.

EXERCICE 1.5 | Les modèles explicatifs du comportement anormal et du trouble psychologique

Associez chacun des énoncés à l'un des modèles explicatifs suivants. Précisez si l'énoncé correspond à la description du modèle, à l'étiologie ou au traitement proposé par le modèle.

- A** Le modèle surnaturel
- B** Le modèle biologique
- C** Le modèle psychologique

1. Le trouble psychologique de Jonathan provient de difficultés émotives.
2. Ce modèle a été élaboré dans l'Antiquité par Hippocrate.
3. La trépanation, les rituels d'exorcisme ou l'exécution sont des méthodes de traitement.
4. Le comportement anormal de Josée est causé par une maladie génétique.
5. Les sociétés primitives et médiévales adoptent ce modèle.
6. Des psychothérapies variées existent selon les approches.
7. L'esprit de Julien est possédé par des mauvais esprits qui le font agir de façon bizarre.
8. Les médecins proposent les saignées, les chirurgies, la pharmacothérapie, etc.
9. Philippe Pinel relance ce modèle vers 1793.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Approche psychanalytique

École de pensée qui met l'accent sur les forces inconscientes et conflictuelles qui influencent le comportement, de même que sur l'importance des expériences vécues durant l'enfance.

Catharsis

Facteur thérapeutique psychanalytique permettant la libération des émotions refoulées qui sont liées à un traumatisme psychologique.

Inconscient

Concept psychanalytique désignant la partie du psychisme (pensées, émotions, motivations, etc.), dont la personne ne se rend pas compte, mais qui influence son comportement.

Ceux-ci constituent les grandes approches (ou écoles de pensée) de la psychologie. Les pages suivantes présentent, pour chacune des approches (psychanalytique, humaniste, béhavioriste et cognitive), les principaux auteurs et leurs théories, l'étiologie des troubles psychologiques et les traitements proposés, puis une critique de l'approche.

L'approche psychanalytique (ou psychodynamique)

C'est Sigmund Freud qui a inventé l'**approche psychanalytique** (ou psychodynamique). Cette école de pensée met l'accent sur les forces inconscientes et conflictuelles qui influent sur le comportement, de même que sur l'importance des expériences de l'enfance.

Charcot et l'hypnose Un siècle après que Pinel eut mis en œuvre le traitement psychologique, le neurologue Jean Charcot (1825-1893) démontre que l'hypnose peut être un traitement efficace de plusieurs troubles mentaux. Le jeune Autrichien Sigmund Freud (1856-1939) a grandement été influencé par ses études en France auprès de Charcot.

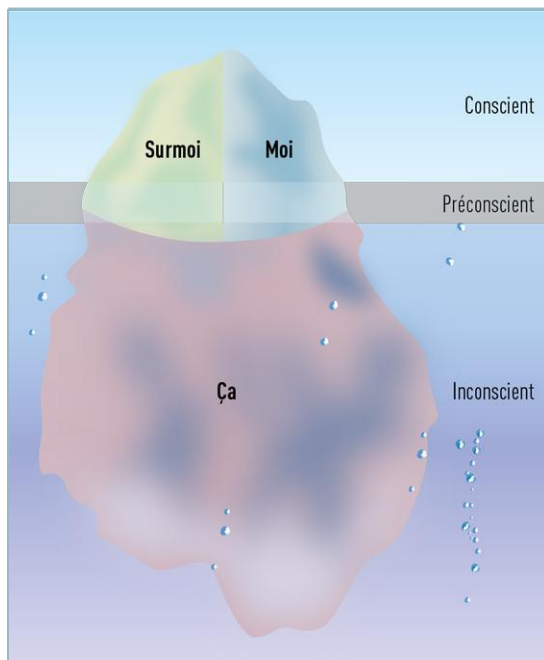
Breuer et la catharsis Après son retour de France, Freud s'associe avec Josef Breuer (1842-1925), qui avait mis au point une nouvelle procédure d'hypnose. En se souvenant et en parlant de certaines expériences traumatisantes alors qu'il est sous hypnose, le patient se libère de la charge émotionnelle qui y est associée (la **catharsis**) et obtient ainsi un effet thérapeutique bénéfique. Un cas classique est celui d'une jeune femme appelée Anna O. (Breuer et Freud, 1895), qui avait des problèmes de vision, de la difficulté à parler, ainsi qu'une paralysie partielle de ses membres, mais sans aucune cause physique. Les deux chercheurs ont rapporté qu'une thérapie par la parole sous hypnose aurait permis à cette patiente de prendre conscience de ses tensions psychologiques et de les décharger, et que ses symptômes physiques auraient diminué du même coup.

Freud et Breuer ont également observé que les patients sortant de l'hypnose étaient souvent incapables de se souvenir de plusieurs détails, comme si tout cela avait été gardé en dehors de leur conscience. C'est ainsi que Freud et Breuer postulent l'existence de l'**inconscient** chez l'être humain et de son influence dans le développement des troubles psychologiques.

Freud s'est donc inspiré des travaux de Breuer et de nombreuses études de cas pour élaborer ses théories sur le psychisme humain, dont les principaux termes portent sur la structure de l'esprit, la dynamique de la personnalité, les mécanismes de défense et le développement psychosexuel.

Freud et la théorie de la structure de l'esprit Selon cette théorie, l'esprit contient trois niveaux de conscience: le conscient, le préconscient et l'inconscient. On peut comparer la structure de l'esprit à celle d'un iceberg (voir la figure 1.4). Au-dessus de la surface se trouve le conscient, la partie de l'esprit qui contient les pensées, les sentiments et les actions dont la personne se rend compte au moment présent. Juste

Figure 1.4 La structure de l'esprit selon Freud

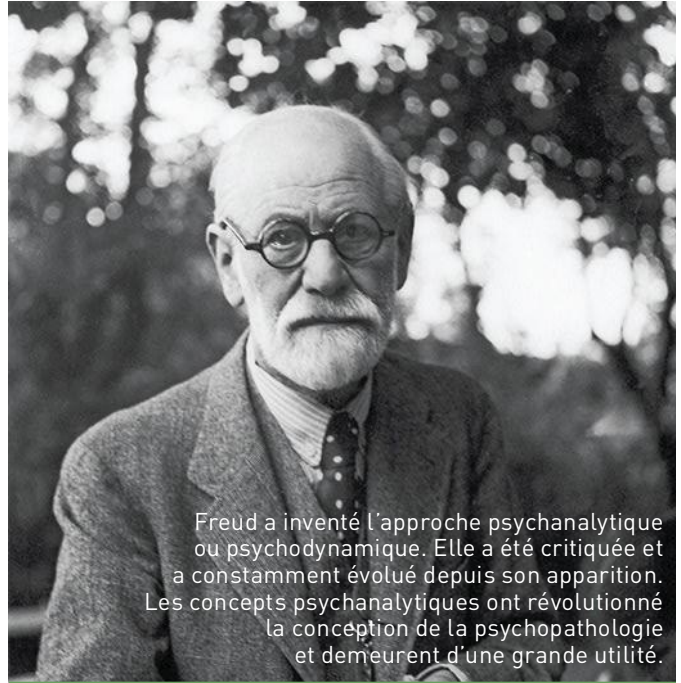


sous la surface de l'eau se trouve le préconscient, la partie de l'esprit qui contient tous les éléments dont la personne ne se rend actuellement pas compte, mais qu'elle peut ramener à la conscience en déployant un effort plus ou moins grand, comme son numéro de téléphone ou ses apprentissages scolaires. Enfin, l'inconscient constitue la partie la plus importante de l'esprit, enfouie profondément sous la surface de l'eau. L'inconscient contient tous les souvenirs, les pensées et les émotions dont la personne ne se rend pas du tout compte, mais qui influencent grandement son comportement.

Freud et la théorie de la dynamique de la personnalité

Selon cette théorie, la personnalité se divise en structures psychiques qui interagissent de façon dynamique: le **ça**, le **moi** et le **surmoi**. Le **ça** est la seule partie de la personnalité présente à la naissance. Il fonctionne de façon inconsciente et comprend tous nos instincts primitifs et nos pulsions, par exemple la soif, la faim, le désir sexuel ou l'agressivité. Le **ça** fonctionne selon le principe du plaisir : il cherche avant tout la satisfaction immédiate de ses besoins et ne tolère aucune frustration, attente ou exigence de la réalité. Le **moi** est la partie de la personnalité qui se développe dans la première année et fonctionne de façon partiellement consciente. Le **moi** apprend à tolérer la frustration et à répondre aux pulsions de façon plus réaliste. Il fonctionne donc selon le principe de réalité : réflexion logique et rationnelle, décision et exécution. Ainsi, le **moi** agit en tant que médiateur dans les conflits entre les besoins primitifs et les exigences de l'environnement. Le **surmoi**, quant à lui, se développe dans la petite enfance et tout au long de la vie adulte, à travers les valeurs transmises par les parents et la culture. Il fonctionne selon le principe de perfection : il juge de ce qui est bien ou mal et tente de se conformer parfaitement à des principes ou à des idéaux moraux. Ainsi, Freud expliquait l'origine des conflits internes : un combat entre, d'une part, les désirs et les pulsions du **ça** et, d'autre part, les exigences du **surmoi** et de la réalité. Lorsque les instances de la personnalité collaborent de façon équilibrée, la personne réussit à bien fonctionner. Par contre, quand l'une des instances prend le dessus, l'équilibre est rompu et la personne risque de souffrir d'un trouble psychologique.

Anna Freud et la théorie des mécanismes de défense Selon Freud et sa fille, Anna Freud, les conflits internes entre les structures de personnalité génèrent de l'anxiété et menacent parfois l'équilibre mental. Le **moi** utilise alors des **mécanismes de défense**, un processus de protection inconscient qui déforme plus ou moins la réalité pour la rendre plus acceptable. Tout le monde utilise des mécanismes de défense, certains étant très adaptatifs, d'autres moins. Plusieurs chercheurs ont souligné l'importance des mécanismes de défense dans l'étude de la psychopathologie et de la santé mentale (MacGregor *et al.*, 2001 ; 2003 ; Vaillant, Bond et Vaillant, 1986). Notamment, certains mécanismes de défense semblent associés à certains troubles psychologiques (Pollack et



Freud a inventé l'approche psychanalytique ou psychodynamique. Elle a été critiquée et a constamment évolué depuis son apparition. Les concepts psychanalytiques ont révolutionné la conception de la psychopathologie et demeurent d'une grande utilité.

Ça

Selon la théorie de Freud, structure inconsciente de la personnalité qui vise la satisfaction immédiate des pulsions, des besoins, des instincts plus primitifs de l'individu.

Moi

Selon la théorie de Freud, structure rationnelle de la personnalité qui vise à répondre de façon plus adaptée aux pulsions de l'individu et aux exigences de la réalité.

Surmoi

Selon la théorie de Freud, structure de la personnalité qui vise à répondre parfaitement aux exigences morales issues de l'environnement culturel et de l'éducation familiale de l'individu.

Mécanisme de défense

Concept psychanalytique désignant une stratégie inconsciente utilisée par le **moi** pour déformer la réalité, la rendre plus acceptable et diminuer l'anxiété.

Fixation

Blocage à un certain stade du développement psychosexuel, caractérisé par un attachement à des objets ou à des modes de satisfaction liés à cette étape de développement.

Névrose

Catégorie de troubles psychologiques proposée par l'approche psychanalytique, où l'individu souffre d'anxiété et d'autres symptômes émotifs, mais demeure conscient de son trouble et en contact avec la réalité.

Psychose

Catégorie de troubles psychologiques proposée par l'approche psychanalytique, où l'individu n'est pas conscient de son trouble qui implique une perte de contact avec la réalité.

Andrews, 1989), alors que d'autres semblent plutôt associés à la santé mentale (Vaillant, 1976). Le tableau 1.4 présente quelques exemples de mécanismes de défense les plus fréquents.

Freud et la théorie du développement psychosexuel Dans cette théorie, Freud propose un point de vue développemental de la psyché et de la psychopathologie, où les expériences vécues dans l'enfance auraient un impact déterminant sur la vie adulte. Freud propose cinq stades de développement psychosexuel : oral, anal, phallique, de latence et génital. À chaque stade, les pulsions sexuelles ou l'énergie psychique rendent une zone physique plus sensible à la stimulation, ce qui donne à l'enfant l'opportunité de réaliser un apprentissage, de se développer, d'avoir un effet sur son environnement d'une manière particulière et différente. Par exemple, lors du stade anal, en apprenant le contrôle sphinctérien (se retenir et se laisser aller), l'enfant apprend également que ses comportements ont un effet sur son environnement. Selon Freud, si un enfant manque de stimulation ou de satisfaction au cours d'un stade particulier, s'il en a trop et n'arrive pas à investir les stades suivants, ou encore s'il vit des expériences marquantes pendant un stade, sa personnalité d'adulte en sera affectée. Ainsi, à la suite d'un conflit inconscient, une **fixation** à un certain stade de l'enfance peut être reliée à un certain type de trouble psychologique, comme la **névrose** ou la **psychose**.

Tableau 1.4 Les principaux mécanismes de défense selon l'approche psychanalytique

Mécanisme de défense	Description	Exemple
Compensation	Remplacer un manque ou une frustration par autre chose.	Un adolescent se met à manger lorsqu'il s'ennuie.
Déni	Refuser de reconnaître ses émotions, pensées ou comportements.	Une héroïnomane affirme n'avoir aucun problème de toxicomanie.
Déplacement	Transférer des émotions, des pensées ou des comportements vers des personnes ou des objets moins menaçants.	Un employé se fait sermonner par son patron, puis il crie après sa conjointe sans raison une fois à la maison.
Formation réactionnelle	Adopter un comportement acceptable, complètement opposé à la pulsion initiale qui est inacceptable et refoulée.	Une femme déteste sa belle-mère, mais elle est extrêmement gentille avec elle.
Introjection	S'approprier un comportement ou une attitude d'autrui.	Une adolescente imite le style vestimentaire et les expressions de son idole de la chanson.
Projection	Attribuer aux autres ses propres pulsions inacceptables.	Un homme infidèle est très jaloux et convaincu que sa femme le trompe.
Rationalisation	Justifier ses comportements de façon logique et acceptable.	Un étudiant explique qu'il a triché à l'examen parce que tout le monde agit de cette façon.
Refoulement	Bloquer les pensées et les émotions inacceptables et les enfouir dans l'inconscient, les oublier.	Un vétéran de guerre ne garde aucun souvenir des combats sanglants auxquels il a participé.
Régression	Retourner à un stade antérieur de développement.	Une fillette recommence à sucer son pouce et à faire dans sa culotte à la naissance de son petit frère.
Sublimation	Transformer ses pulsions inacceptables en activités créatives, valorisées par la société.	Un garçon agressif et batailleur devient un champion de karaté.

L'étiologie du trouble psychologique selon l'approche psychanalytique

Selon cette approche, le trouble psychologique provient de conflits internes inconscients chez une personne. Les symptômes présentés par l'individu atteint d'un trouble psychologique sont l'expression symbolique des conflits inconscients non résolus. Les conflits inconscients proviennent d'un déséquilibre entre les structures de la personnalité (ça, moi, surmoi), de l'utilisation de mécanismes de défense inadaptes et des expériences vécues dans la petite enfance.

La thérapie psychanalytique – la psychanalyse Le but de la thérapie psychanalytique est d'amener le patient à prendre conscience de ses processus inconscients, puis de libérer la charge émotionnelle qui y est associée par la catharsis. Ainsi, la cause profonde du trouble psychologique sera recherchée et dévoilée. L'analyse du passé, de l'inconscient, des conflits intrapsychiques et des mécanismes de défense permettra d'expliquer et de comprendre les motivations et les dynamiques inconscientes de la personnalité. Par exemple, un patient raconte à son psychanalyste un souvenir d'enfance où sa mère l'obligeait à manger un aliment qu'il détestait et où il se sentait incompris d'elle. Il se met soudainement à pleurer en se rendant compte qu'il a toujours eu l'impression de ne pas avoir droit à ses préférences et qu'il a, encore aujourd'hui, de la difficulté à s'affirmer par rapport aux autres.

Les méthodes de traitement en thérapie psychanalytique s'appliquent dans le contexte d'une cure par la parole. Le patient est invité à procéder par **association libre** : il parle de tout ce qui lui passe par la tête, sans censure ni ordre logique. Le psychanalyste aide alors son patient à analyser et à interpréter toutes les manifestations de l'inconscient : les rêves – la « voie royale de l'inconscient », selon Freud –, les sujets abordés, la façon d'en parler ou de sauter d'un sujet à l'autre, les oublis, les résistances (sujets que le patient résiste à aborder), etc. Une psychanalyse classique comporte de quatre à cinq rencontres par semaine pendant deux à cinq ans. Cette période est jugée nécessaire pour réussir à analyser les conflits inconscients, les résoudre et restructurer la personnalité de façon équilibrée. Toutefois, il existe de nos jours des thérapies dérivées de la psychanalyse d'une durée plus courte.

Une critique de l'approche psychanalytique La psychanalyse classique est très longue et coûteuse : elle est donc inaccessible à la plupart des gens. L'efficacité de la psychanalyse classique n'a pas été prouvée, et son utilisation comme méthode de traitement a donc beaucoup diminué depuis quelques années (Robins, Gosling et Craik, 1999). Selon une étude historique, Anna O., la célèbre patiente de Freud, n'aurait pas été guérie avec la méthode psychanalytique (Ellenberger, 1995). Par ailleurs, les théories de Freud sont parfois considérées comme sexistes et biaisées. On reproche principalement à l'approche psychanalytique de ne pas être scientifique. Cette approche ne comporte aucune expérimentation ni mesure, bref aucune façon de prouver ou de réfuter les théories avancées. Toutefois, des études scientifiques ont prouvé l'existence de processus inconscients (Cramer, 2000 ; Westen et Gabbard, 2002), même si on accuse également cette approche d'accorder trop d'importance aux processus

Association libre

Technique thérapeutique psychanalytique visant à explorer l'inconscient du patient en le faisant parler de tout ce qui lui passe par la tête, sans censure ni ordre logique.

Une psychanalyse classique se déroule en position horizontale, c'est-à-dire que le patient est étendu confortablement sur le classique « divan de psy ».



inconscients, aux expériences vécues dans l'enfance et aux pulsions sexuelles. Néanmoins, les concepts psychanalytiques ont révolutionné la conception de la psychopathologie et demeurent d'une grande utilité. De plus, l'approche psychanalytique elle-même a constamment évolué depuis son apparition.

L'approche humaniste

Deux psychanalystes qui ont étudié avec Freud, Carl Jung (1875-1961) et Alfred Adler (1870-1937), pensaient que l'humain, fondamentalement bon, est enclin à se réaliser pleinement. Ils avaient donc une vision positive de l'humain, capable de prendre sa vie en main. Ils soutenaient que pour pouvoir développer son plein potentiel, une personne devait surmonter des obstacles internes, mais surtout externes. Ces idées ont été reprises par certains théoriciens aux États-Unis dans les années 1960, ce qui a donné naissance à l'**approche humaniste**.

Approche humaniste

École de pensée qui met l'accent sur une vision positive de l'humain en tant qu'être unique ayant la capacité innée de se comprendre et de s'améliorer lui-même.

Considération positive inconditionnelle

Concept humaniste préconisant une acceptation totale et sans condition de l'autre tel qu'il est ici et maintenant, c'est-à-dire une attitude humaine, chaleureuse, respectueuse et exempte de tout jugement à l'égard d'autrui.

Actualisation de soi

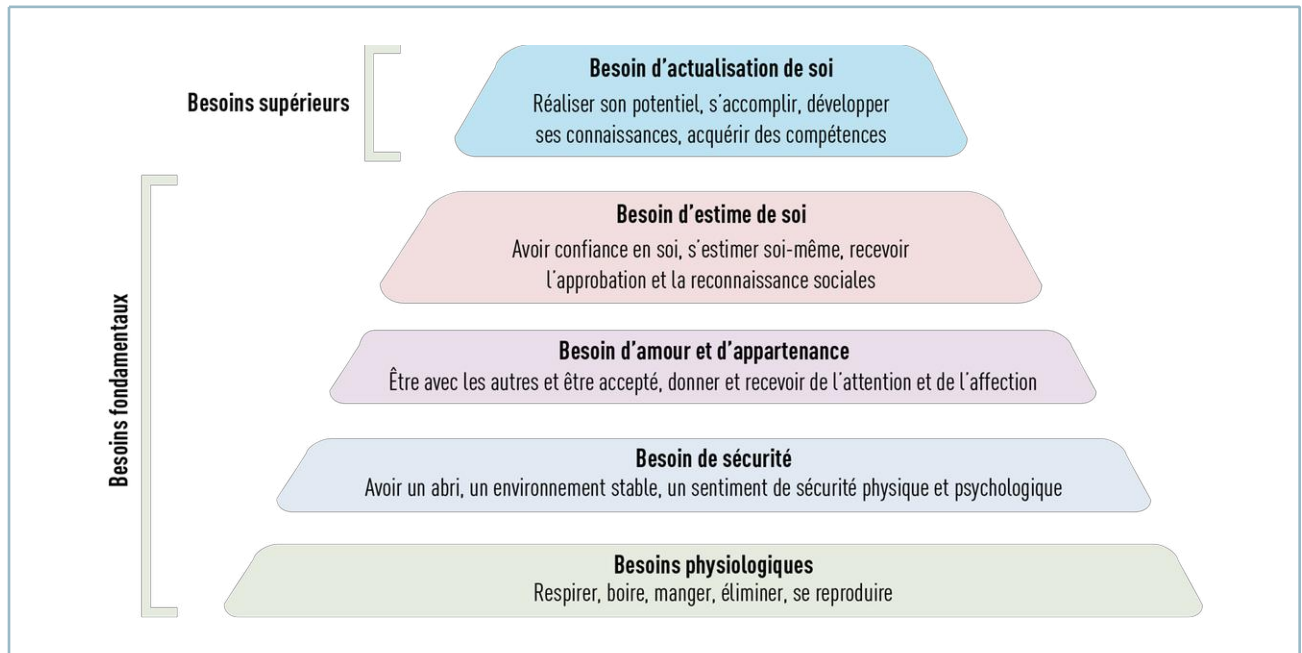
Concept humaniste représentant le besoin de l'individu de chercher à développer son plein potentiel, à se réaliser pleinement.

Rogers et l'actualisation de soi L'un des cofondateurs de l'approche humaniste, Carl Rogers (1902-1987), a souligné l'importance de l'expérience subjective d'un individu, la façon unique dont il perçoit ses expériences, ses sentiments et sa propre personne. Cette perception subjective influence le développement du concept de soi de la personne. Rogers recommandait d'être le plus authentique et cohérent possible avec soi-même. Il affirmait que pour y arriver, l'enfant en développement a besoin de **considération positive inconditionnelle** de la part de ses parents et de ses proches. L'enfant doit se sentir aimé, considéré et respecté, malgré ses comportements parfois plus ou moins acceptables. Ainsi, l'individu pourra tendre vers son but ultime et sa tendance naturelle : l'**actualisation de soi**, la recherche active du développement de son potentiel et de la réalisation de soi.

Maslow et la pyramide des besoins L'autre cofondateur de l'approche humaniste est Abraham H. Maslow (1908-1970). Selon sa théorie de la hiérarchie des besoins, aussi appelée la pyramide des besoins de Maslow (voir la figure 1.5), un individu doit d'abord satisfaire ses besoins fondamentaux, comme boire ou manger, avant de pouvoir répondre à des besoins plus complexes d'actualisation de soi (Maslow, 1971 ; 1987). Les besoins fondamentaux situés à la base de la pyramide sont des besoins physiologiques, de sécurité, d'affection et d'estime ; ensuite viennent les besoins d'actualisation de soi qui se situent au sommet de la pyramide.

L'étiologie du trouble psychologique selon l'approche humaniste Selon cette approche, l'origine des troubles psychologiques se situe dans tout obstacle à l'actualisation de soi, tout blocage à la croissance individuelle. Un tel obstacle pourrait provenir de besoins fondamentaux non comblés, d'un déséquilibre entre la perception de soi dans la réalité et la perception de soi idéale, ou encore d'un déséquilibre entre les pensées et les sentiments, d'une part, et les attentes des proches, du milieu et de la société, d'autre part. Alors, toute l'énergie psychique est dépensée pour nier ou combattre ces déséquilibres, et il ne reste plus d'énergie disponible pour le développement de soi (Pervin et John, 2005).

La thérapie humaniste – la thérapie centrée sur la personne Dans la thérapie centrée sur la personne, aussi appelée la thérapie non directive (Rogers,

Figure 1.5 La pyramide de la hiérarchie des besoins de Maslow

1961), l'objectif est d'aider la personne qui consulte à prendre conscience de son interprétation subjective de la réalité et de sa manière unique de vivre les choses, à accepter ce qu'elle ressent et à passer à l'action en accord avec ses sentiments et ses besoins réels. Alors, la personne redevenue plus honnête et ouverte par rapport à elle-même peut reprendre le développement de sa croissance individuelle qui avait été bloqué.

Ainsi, selon Rogers, chaque individu possède en lui la capacité de se comprendre, de changer l'idée qu'il se fait de lui-même ainsi que ses attitudes et sa manière de se conduire. Par exemple, si quelqu'un raconte à son thérapeute humaniste qu'il déteste tellement son patron qu'il a parfois envie de le battre, le thérapeute pourrait lui refléter sans jugement : « Vous éprouvez de la frustration et de l'agressivité envers votre patron » et il pourrait inviter son client à réfléchir lui-même à son interprétation de cette situation et à ses besoins relativement à celle-ci.

La thérapie centrée sur la personne demande au psychothérapeute de démontrer trois attitudes fondamentales pour favoriser le changement chez le client : l'authenticité, la considération positive inconditionnelle et l'empathie. L'authenticité du thérapeute (ou congruence) concerne sa capacité à être en contact avec la complexité de ses propres sentiments, pensées et attitudes, tandis qu'il cherche à comprendre ceux de son client. Le thérapeute décide de communiquer ce qu'il éprouve lorsque cela lui semble approprié pour le client dans la relation thérapeutique. La considération positive inconditionnelle demande au thérapeute de laisser le client être ce qu'il est et vivre les sentiments qu'il est en train de vivre, en faisant abstraction des préjugés et des critères moraux, éthiques ou sociaux. L'empathie permet au thérapeute d'essayer de percevoir et de comprendre le monde du client à travers une écoute active centrée sur le moment présent, ici et maintenant.

Une critique de l'approche humaniste L'approche humaniste a été critiquée parce qu'elle accorde trop d'importance au vécu conscient et subjectif de la personne. Elle a été considérée comme non scientifique parce que la plupart de ses concepts clés, comme la considération inconditionnelle et l'actualisation de soi, ne sont ni observables ni mesurables. Par ailleurs, il semble que la thérapie centrée sur la personne fonctionne mieux avec des individus qui sont déjà en bonne santé mentale. C'est pourquoi l'utilisation classique de cette thérapie auprès de personnes souffrant d'un trouble psychologique a diminué. Récemment, des variations de cette thérapie ont été élaborées, comme la thérapie centrée sur les émotions (Goldman, Greenberg et Angus, 2006), et certains concepts humanistes, notamment l'écoute active et l'attitude empathique, sont toujours d'une grande utilité clinique (Lecompte et Richard, 1999).

L'approche béhavioriste ou comportementale

Approche béhavioriste ou comportementale

École de pensée qui met l'accent sur le comportement observable et mesurable considéré comme le résultat d'un apprentissage au contact de l'environnement.

L'**approche béhavioriste** a pris son essor au 20^e siècle en opposition aux premières théories psychologiques proposées par les auteurs de l'approche psychanalytique. Le terme « approche béhavioriste » vient du mot anglais *behavior*, qui signifie comportement. En effet, cette approche est centrée sur les comportements observables et mesurables au moyen d'une méthode scientifique. Selon cette approche, les comportements d'une personne sont essentiellement appris ou acquis en réaction à des événements extérieurs. Ainsi, l'environnement exerce une grande influence sur le comportement d'un individu par l'entremise des apprentissages qui y sont effectués. C'est pour cette raison que les théories de l'apprentissage sont souvent associées à l'approche béhavioriste.

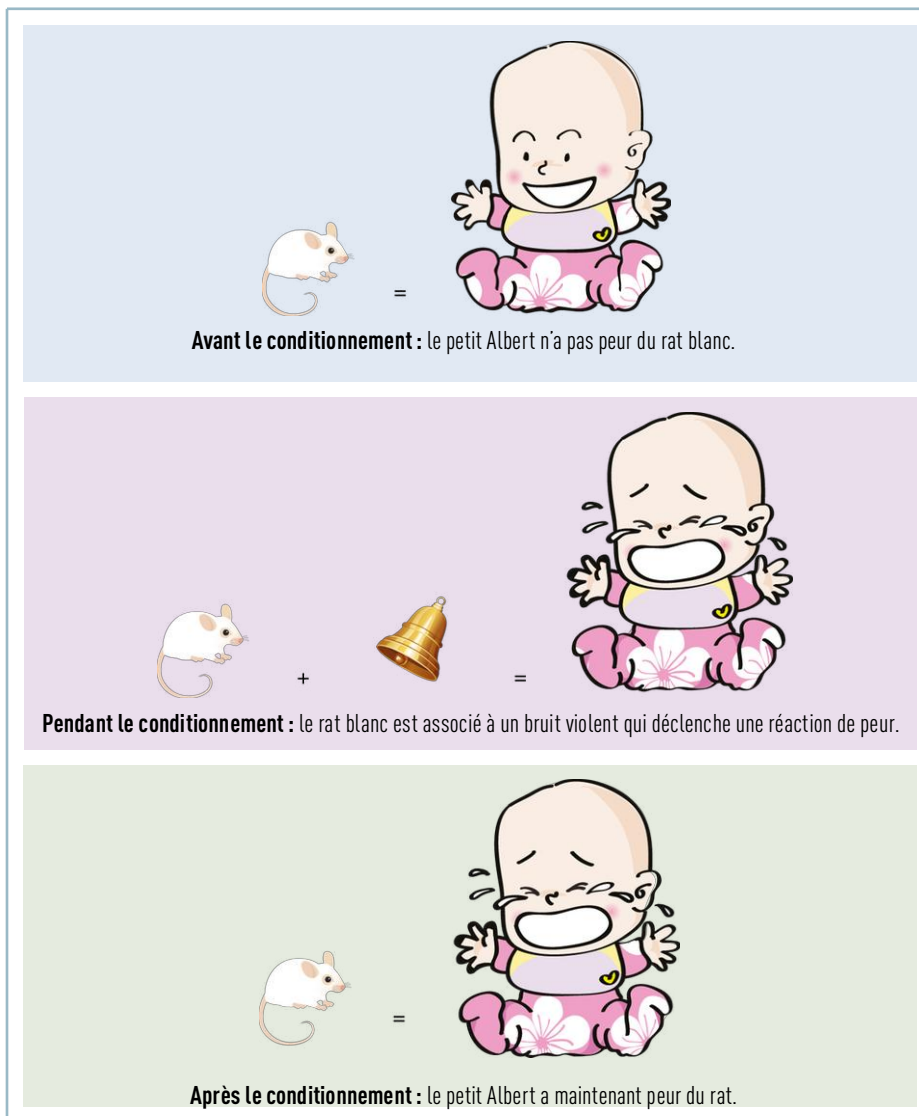
Conditionnement classique

Théorie béhavioriste de l'apprentissage selon laquelle le comportement peut être appris par l'association de stimuli.

Pavlov et le conditionnement classique Un des pionniers de l'approche comportementale est le physiologiste russe Ivan Pavlov (1849-1936). Ce dernier a élaboré la théorie du **conditionnement classique** (ou répondant) en faisant des recherches avec des chiens. Au cours d'une expérience désormais célèbre, il a présenté de la nourriture aux chiens en même temps qu'il faisait sonner une cloche, pour ensuite mesurer la quantité de salive produite par chacun des chiens. Après quelques répétitions, les animaux ont commencé à saliver au seul bruit de la cloche. Ainsi, un apprentissage par conditionnement classique se fait de la manière suivante : un stimulus inconditionné (la nourriture) déclenche une réponse inconditionnée (la salivation automatique). Le stimulus inconditionné doit être présenté à plusieurs reprises en association avec un stimulus neutre (le son de la cloche, qui ne déclenche aucune réponse au départ). Le stimulus neutre devient alors un stimulus conditionné induisant une réponse conditionnée (le son de la cloche qui fait saliver le chien, même en l'absence de nourriture). Ce genre d'apprentissage par conditionnement classique s'observe également chez les humains dans plusieurs situations différentes. Par exemple, la stimulation sexuelle est un stimulus inconditionné qui déclenche la plupart du temps une réponse inconditionnelle d'excitation. Supposons, par exemple, qu'une personne a des relations sexuelles à plusieurs reprises avec quelqu'un qui porte des sous-vêtements en cuir, un stimulus relativement neutre. Il est possible qu'après un certain temps, la seule vue de sous-vêtements en cuir devienne un stimulus conditionné et déclenche une réponse conditionnée d'excitation chez ces partenaires.

Watson et le petit Albert Le psychologue américain John B. Watson (1878-1958) est considéré par plusieurs comme le père du béhaviorisme. Il a été le premier à appliquer les principes du conditionnement classique de Pavlov à la psychologie humaine. Dans sa célèbre expérience avec le petit Albert, Watson a conditionné cet enfant de 11 mois à avoir peur des rats blancs de laboratoire malgré le fait qu'il aimait jouer avec eux au départ (voir la figure 1.6). Pour y parvenir, il produisait un bruit violent chaque fois qu'Albert s'approchait d'un rat. Non seulement Albert avait maintenant une phobie des rats, mais Watson a observé une généralisation du conditionnement. Ainsi, Albert s'est mis à craindre tout ce qui ressemblait au stimulus conditionné : un lapin blanc, une fourrure blanche, même un père Noël avec une barbe blanche. Évidemment, une telle expérience ne pourrait pas être reproduite aujourd'hui en raison des problèmes éthiques que poserait ce genre de méthode. Heureusement, il est

Figure 1.6 Le conditionnement classique selon Watson



possible de procéder au reconditionnement et à l'extinction – disparition du conditionnement et du comportement associé – du comportement phobique (bien qu'ils n'aient malheureusement pas été réalisés auprès du petit Albert par Watson et son équipe). Si on peut apprendre à un enfant à avoir peur des rats, on peut aussi lui apprendre à vaincre sa peur, par exemple, en lui présentant graduellement et à plusieurs reprises un rat dans un contexte positif et exempt de bruit violent. De cette façon, les principes du conditionnement classique peuvent expliquer l'origine de plusieurs réactions émotives et de certains troubles anxieux comme les phobies et le stress post-traumatique (voir le chapitre 5 sur les troubles anxieux). Il est aussi possible de faire appel à ces principes pour mettre au point des méthodes de traitement de ces troubles.

Conditionnement instrumental ou opérant

Théorie behavioriste de l'apprentissage selon laquelle le comportement peut être appris si on modifie ses conséquences dans l'environnement.

Renforcement

Technique behavioriste visant à augmenter la probabilité d'un comportement en le faisant suivre d'une conséquence agréable ou du retrait d'une conséquence désagréable.

Punition

Technique behavioriste visant à diminuer la probabilité d'un comportement en le faisant suivre d'une conséquence désagréable ou du retrait d'une conséquence agréable.

Apprentissage social ou modelage

Concept behavioriste selon lequel l'apprentissage est réalisé par l'observation et l'imitation du comportement de modèles.

Approche cognitive

École de pensée qui met l'accent sur les pensées (les cognitions), les croyances, les attitudes et les interprétations d'une personne.

Skinner et le conditionnement opérant Un autre psychologue américain, Burrhus F. Skinner (1904-1990), a élaboré la théorie du **conditionnement instrumental** ou **opérant**. Selon lui, les conséquences d'un comportement déterminent si ce comportement se reproduira fréquemment ou non. Ainsi, si un comportement est suivi par une conséquence agréable ou par le retrait d'une conséquence désagréable, ce comportement risque de se reproduire plus fréquemment. Ce principe de **renforcement** fait augmenter la probabilité qu'une réponse ou un comportement se reproduise. Inversement, si un comportement est suivi par une conséquence désagréable ou par le retrait d'une conséquence agréable, ce comportement risque beaucoup moins de se reproduire fréquemment. Ce principe de **punition** fait diminuer la probabilité qu'une réponse ou un comportement se reproduise. Par exemple, le comportement d'un bébé qui pleure est renforcé et devrait se reproduire si, après que le bébé ait pleuré, sa mère lui donne du réconfort ou lui enlève sa couche sale. Le même comportement sera puni et devrait diminuer s'il est suivi de la colère de la mère ou du retrait de son attention. Les recherches de Skinner ont montré que la punition est soumise à une certaine habituation et qu'elle est plus ou moins efficace à long terme, contrairement au renforcement. D'ailleurs, l'attention de l'autre, qu'elle soit positive ou négative, est un des renforçateurs les plus puissants. Ainsi, Skinner recommandait aux adultes d'enseigner directement aux enfants les comportements désirables, de les renforcer positivement et de donner l'exemple à travers leurs propres comportements.

Bandura et l'apprentissage social Un psychologue canadien, Albert Bandura (1925-), a proposé la théorie sociale cognitive, aussi appelée la théorie de l'**apprentissage social** par observation-imitation, ou **modelage** (Bandura, 2004). Ainsi, Bandura et sa théorie sont considérés comme néobehavioristes et comme les précurseurs d'une approche qui combine l'influence de facteurs sociaux et cognitifs, le socioconstructivisme. Contrairement aux autres théoriciens de l'apprentissage, ce chercheur considère que la personne joue un rôle actif dans son interaction avec l'environnement et dans son développement. Il reconnaît l'importance des facteurs cognitifs personnels dans l'apprentissage, notamment les pensées (les cognitions) ou les interprétations qu'entretient un individu sur les expériences qu'il a vécues. Ainsi, Bandura jette les futures bases de l'**approche cognitive**. Il reconnaît aussi l'importance du traitement de l'information et des facteurs sociaux dans l'apprentissage et soutient l'idée que l'individu peut apprendre en observant et en imitant le comportement de modèles. Selon lui, la personne n'a donc pas besoin d'être conditionnée pour apprendre; il suffit qu'elle observe un

comportement chez un modèle, qu'elle en interprète les conséquences et qu'elle décide de le reproduire ou non.

L'étiologie du trouble psychologique selon l'approche behavioriste

Selon cette approche, le comportement normal est appris pour répondre de façon adaptée aux stimuli de l'environnement. De la même manière, le comportement anormal résulte d'un mauvais apprentissage ou d'un mauvais conditionnement, au cours duquel la personne a acquis un mode de réaction inapproprié pour tenter de s'adapter à son environnement. L'origine des troubles psychologiques selon les behavioristes est donc l'apprentissage d'un mauvais comportement pour essayer de s'adapter à l'environnement.



Burrhus F. Skinner (1904-1990) a énoncé les principes du conditionnement opérant ou instrumental.

La thérapie comportementale Le principal objectif de la thérapie comportementale est de modifier le comportement inadapté et de le remplacer par l'apprentissage de comportements plus adéquats.

Les techniques thérapeutiques inspirées des principes du conditionnement sont nombreuses et variées. Par exemple, la désensibilisation systématique consiste en un traitement de la phobie par exposition graduelle afin que la peur s'éteigne progressivement d'elle-même lorsque les personnes atteintes réalisent qu'aucune catastrophe n'est arrivée en présence de l'objet de leur phobie. C'est ce qu'on aurait pu faire avec la phobie des rats du petit Albert : l'exposer graduellement à ce qui lui fait peur, par exemple, en lui faisant d'abord voir une photo d'un rat blanc jusqu'à ce qu'il soit calme et détendu, puis une vidéo, puis un rat de loin, et de plus en plus près, etc. Une autre technique est la thérapie par aversion, qui est l'association d'un comportement indésirable à un stimulus aversif, comme le pédophile qui reçoit un électrochoc chaque fois qu'il est excité par des images d'enfants. Enfin, parmi ces techniques, on peut aussi citer le façonnement, le renforcement, la punition, l'extinction, le modelage, etc. Durant une thérapie comportementale, le thérapeute réalise d'abord une analyse fonctionnelle du comportement du patient. Il examine le déclencheur, la fréquence, la persistance, l'intensité du comportement problématique, etc. Ensuite, il détermine des objectifs thérapeutiques, par exemple en établissant un contrat avec le patient. Le thérapeute propose au patient de faire des exercices pratiques ou des devoirs à la maison ou au travail, puis d'en évaluer les impacts, par exemple à l'aide d'un journal personnel.

Une critique de l'approche behavioriste On a reproché au behaviorisme de se centrer uniquement sur la disparition des symptômes comportementaux et de négliger les causes profondes ou la source d'un problème. De plus, on peut penser que l'approche comportementale accorde trop d'importance au comportement et au déterminisme de l'environnement, et pas assez à tous les autres éléments potentiellement influents comme les facteurs biologiques, héréditaires, cognitifs, inconscients, etc. Cependant, l'approche comportementale se démarque par son côté scientifique et rigoureux. Elle a permis de

découvrir de nombreuses applications utiles notamment en éducation, ainsi qu'une meilleure compréhension et de meilleurs traitements de la psychopathologie. De nos jours, l'approche comportementale et l'approche cognitive sont fréquemment jumelées, du moins en thérapie.

L'approche cognitive

L'approche cognitive est relativement récente et encore en pleine évolution. Elle se centre sur les cognitions, c'est-à-dire sur les pensées et tout ce qui s'y rattache. On parle ici de raisonnements, d'interprétations, de croyances, d'attentes, d'attitudes, etc. Selon les cognitivistes, l'interprétation que fait un individu d'un événement détermine ses émotions et ses comportements, pas l'événement lui-même. Ainsi, une personne traite l'information en fonction de ses expériences; elle sélectionne, organise et interprète les stimuli dans son environnement de façon unique. Par exemple, deux personnes qui font l'amour ensemble ont vécu exactement le même événement, mais elles pourraient en garder une interprétation et un souvenir complètement différents.

Ellis et Beck et les croyances irrationnelles ou les distorsions cognitives Le psychologue américain Albert Ellis (1913-2007) et le psychiatre américain Aaron T. Beck (1921-) sont deux pionniers de l'approche cognitive. Ellis a élaboré la thérapie rationnelle émotive et il soutient que la cause de tout comportement pathologique ne se trouve pas dans les événements difficiles vécus par une personne, mais plutôt dans les pensées irrationnelles qu'elle nourrit au sujet de ces événements. Les pensées irrationnelles sont de fausses croyances; il s'agit d'idées négatives, pessimistes et dramatiques, sans fondement logique. Ce sont aussi ces croyances, souvent inconscientes, qui déterminent les conséquences d'un événement vécu par un individu. Plus la personne interprète la situation de façon dramatique ou catastrophique, plus elle souffrira ou ressentira de la détresse émotionnelle ou, autrement dit, plus elle subira de conséquences négatives. Par exemple, après avoir échoué à un examen, un étudiant qui pense être nul et bon à rien (croyance irrationnelle) risque d'être très affecté par son échec. Cet étudiant se sentirait différemment s'il pensait plutôt qu'il n'a pas assez travaillé avant l'examen et qu'il peut se reprendre au prochain examen.

Beck a regroupé les croyances irrationnelles d'Ellis en plusieurs types de distorsions cognitives, une expression synonyme des pensées irrationnelles qui déforment la réalité. En voici quelques exemples: 1) l'attention sélective consiste à s'attarder uniquement aux mauvais côtés d'un événement sans avoir de vue d'ensemble de la situation; 2) la surgénéralisation représente le fait de tirer des conclusions générales qui s'appliquent à toutes les situations à partir d'un seul événement ou d'une expérience unique (Cottraux, 2004); 3) l'amplification consiste à exagérer et à dramatiser les conséquences d'une situation; 4) la pensée dichotomique se reconnaît à la façon dont une personne considère tout de manière extrême: noir ou blanc, bien ou mal, tout ou rien, jamais ou toujours, etc. Par exemple, l'étudiant en situation d'échec se dit: «J'ai coulé mon examen (1), je vais couler tous mes examens (2), je ne pourrai jamais terminer mon cégep (3), parce que je ne comprends rien, je ne comprendrai jamais et je coulerai toujours ce cours même si je le reprends! (4)».

L'étiologie du trouble psychologique selon l'approche cognitive Selon cette approche, le trouble psychologique provient d'une perturbation du traitement de l'information, c'est-à-dire des pensées irrationnelles, des distorsions cognitives ou de fausses croyances qui déforment le raisonnement de la personne ou sa perception de la réalité. La façon dont l'individu perçoit, interprète et mémorise les situations est altérée d'une façon négative, pessimiste et dramatique, voire catastrophique. Par exemple, les personnes présentant un trouble psychologique peuvent croire que leur lieu de contrôle est externe. Cela signifie qu'elles considèrent que leurs succès et leurs échecs sont attribuables à des circonstances extérieures hors de leur contrôle. Elles peuvent aussi refuser de croire à leur efficacité personnelle et se sentir impuissantes face à leurs problèmes. Ainsi, les distorsions cognitives font vivre des difficultés émotionnelles comme la souffrance et l'impuissance, qui donnent lieu à des comportements inadaptés et pathologiques, voire à un trouble psychologique.

La thérapie cognitive L'objectif de la thérapie cognitive que propose Beck est d'aider le patient à trouver ses distorsions cognitives et à les corriger. De même, le but de la thérapie rationnelle émotive, conçue par Ellis, consiste à aider le patient à prendre conscience de ses pensées irrationnelles, puis à les remplacer par des pensées plus réalistes et adaptées à la situation. Ainsi, le patient est encouragé à changer ses attitudes, ses croyances et ses attentes envers lui-même et à l'égard des autres et des événements. Imaginons, par exemple, qu'un étudiant qui vient d'échouer à un examen consulte un thérapeute de l'approche cognitive; celui-ci pourrait remettre en cause ses fausses croyances catastrophiques en lui demandant : « Comment pouvez-vous prédire que vous échouerez à tous vos examens et que vous n'obtiendrez pas votre diplôme ? Par quelles pensées plus nuancées pourriez-vous remplacer ces pensées pessimistes et irrationnelles qui pourraient vous décourager ? Pourriez-vous plutôt adopter une attitude qui vous pousse à travailler et à étudier de façon plus efficace, à faire de votre mieux et à aller chercher de l'aide pour vous permettre d'améliorer la situation ? »

Les méthodes de traitement utilisées concernent principalement le discours intérieur de la personne. Celle-ci doit prendre conscience de ce qu'elle pense et de ce qu'elle se dit dans sa tête pour ensuite le modifier. Dans ce but, le thérapeute peut d'abord questionner le patient sur ses pensées ou l'inviter à les écrire ou à les enregistrer. Ensuite, il utilise la technique de **restructuration cognitive**, qui consiste à remettre en question les fausses croyances du patient en l'aidant à les reconnaître et à les analyser de façon rationnelle, puis à les remplacer par des pensées plus justes et adaptées.

De nos jours, les thérapies cognitives sont souvent jumelées avec les thérapies comportementales. Elles sont alors appelées thérapies cognitives comportementales, ou TCC, et sont d'usage courant. De nouvelles thérapies contextuelles qualifiées de troisième vague (après la vague comportementaliste et la vague cognitive) émergent présentement, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* – ACT), qui a pour objectif d'aider le patient à atteindre un certain niveau de souplesse psychologique.

Restructuration cognitive

Technique thérapeutique cognitive consistant à remettre en question les fausses croyances du patient et à les remplacer par des pensées plus justes et adaptées.

Une critique de l'approche cognitive Les cognitivistes ont été critiqués pour avoir accordé trop d'importance aux pensées et aux croyances. De plus, il n'a pas encore été prouvé clairement que les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives peuvent être la cause d'un trouble psychologique plutôt que sa conséquence. Par exemple, il est difficile de déterminer si un trouble anxieux est causé par les pensées catastrophiques d'une personne ou si, au contraire, ce sont les pensées catastrophiques qui sont causées par la présence d'un trouble anxieux. Enfin, la thérapie cognitive fonctionne bien pour traiter la dépression et l'anxiété, mais il est parfois plus complexe de l'utiliser avec des patients qui souffrent de troubles psychotiques, particulièrement au moment où ils présentent des altérations graves du comportement et de la pensée, comme lors d'une perte de contact avec la réalité.

EXERCICE 1.6 | Les grandes approches du modèle psychologique

Associez chacun des énoncés à l'une des approches suivantes :

- A L'approche psychanalytique
- B L'approche humaniste
- C L'approche behavioriste
- D L'approche cognitive

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La timidité excessive de Judith est un mauvais comportement qu'elle a appris et qu'elle doit changer. 2. Les problèmes scolaires de Jérôme sont causés par sa tendance à recourir à la pensée magique : tout va s'arranger, pas besoin de travailler ni d'étudier. 3. L'agitation excessive de Julie provient de pulsions agressives inconscientes. 4. Jason est déprimé parce que son besoin de réalisation de soi n'est pas comblé. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Mélanie parle beaucoup au thérapeute, qui l'aide à analyser ses souvenirs, ses rêves, ses associations libres, etc. 6. Le thérapeute de Martin lui propose des exercices de désensibilisation systématique pour modifier son comportement phobique. 7. Durant la thérapie non directive de Myriam, le thérapeute fait preuve de considération inconditionnelle et d'authenticité. 8. Michaël apprend à reconnaître son discours intérieur et à restructurer ses pensées. |
|---|--|

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

En conclusion, chacune de ces approches a contribué à sa façon à améliorer notre compréhension de la psychopathologie (voir le tableau 1.5 pour un résumé). Néanmoins, aucune ne semble proposer une description complète des troubles psychologiques, de leurs étiologies et des traitements possibles. En d'autres mots, le comportement normal ou anormal ne s'explique pas à l'aide d'un seul modèle. Il résulte plutôt d'une interaction continue de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces différents facteurs et toutes les dimensions du comportement humain doivent être considérés en interaction. Ils doivent donc être intégrés dans un nouveau modèle multidimensionnel de la psychopathologie qui est présenté dans le chapitre 2, appelé l'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial.

Tableau 1.5 Les grandes approches du trouble psychologique

Approche	Origine du trouble psychologique	Objectif de traitement	Méthode de traitement	Exemple hypothétique inspiré du cas de Karine (voir l'étude de cas de la page 4)
Psychanalytique (ou psychodynamique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflits inconscients ▪ Mécanismes de défense inadaptés ▪ Expériences difficiles dans l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de conscience et résolution des conflits inconscients ▪ Catharsis : libération de la charge émotionnelle liée aux conflits, ce qui permet leur résolution 	<p>Psychoanalyse ou cure par la parole : analyse et interprétation des manifestations de l'inconscient (association libre, rêves, résistances, souvenirs d'enfance, etc.)</p>	<p>Les crises de Karine pourraient provenir d'un surmoi trop exigeant et perfectionniste, ainsi que d'un mécanisme de défense inadapté, soit la rétroaction du moi qui l'amène à se retirer des situations qui la rendent anxieuse.</p> <p>La thérapie psychanalytique de Karine pourrait l'amener à parler librement de ses expériences et sentiments, pour l'aider à prendre conscience de conflits et de mécanismes de défense inconscients, issus de traumatismes d'enfance avec ses parents rigides et intransigeants.</p>
Humaniste (ou existentielle)	<p>Obstacles internes ou externes à l'actualisation de soi, blocage de la tendance innée à réaliser son plein potentiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perception subjective de soi et des situations - attentes des proches, du milieu, de la société - besoins non comblés 	<p>Acceptation de soi et développement personnel</p>	<p>Thérapie centrée sur la personne (ou non directive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - écoute active - empathie - considération positive inconditionnelle - authenticité - accent mis sur l'ici et maintenant 	<p>Les crises de Karine pourraient provenir d'un besoin de développer son estime de soi et sa capacité de s'affirmer, qui entre en contradiction avec les attentes élevées de ses proches envers les études et le travail.</p> <p>La thérapie humaniste de Karine serait centrée sur la perception unique que Karine a de sa situation et d'elle-même ; son thérapeute ferait preuve de non-jugement et d'honnêteté afin de l'accompagner dans son processus de changement.</p>
Béhavioriste (ou comportementale, ou théories de l'apprentissage)	<p>Apprentissage de mauvais comportements, de modes de réaction inappropriés pour tenter de s'adapter à l'environnement</p>	<p>Changement de comportement, apprentissage de modes de réaction mieux adaptés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse fonctionnelle du comportement et contrats, exercices et journaux comportementaux ▪ Techniques de conditionnement : renforcement, punition, façonnement, modelage, désensibilisation systématique, traitement d'exposition, thérapie aversive, extinction 	<p>Les crises de Karine pourraient provenir d'un apprentissage d'une réaction de panique en situation de stress qui a été renforcée, car cela lui a permis de fuir les situations qui la rendent anxieuse.</p> <p>La thérapie comportementale de Karine lui permettrait de s'exposer graduellement aux situations où elle pourrait paniquer, en lui montrant des techniques de relaxation et d'autres façons de réagir adéquatement au stress.</p>

Approche	Origine du trouble psychologique	Objectif de traitement	Méthode de traitement	Exemple hypothétique inspiré du cas de Karine (voir l'étude de cas de la page 4)
Cognitive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensées irrationnelles, fausses croyances, distorsions cognitives ▪ Déformation du raisonnement ou de la perception de la réalité 	Prise de conscience des pensées irrationnelles et remplacement par des pensées plus réalistes et mieux adaptées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse du discours intérieur ▪ Remise en question des fausses croyances ▪ Restructuration cognitive ▪ Acceptation et engagement 	<p>Les crises de Karine pourraient provenir de sa perception dramatique et catastrophique de la situation lorsqu'elle vit du stress, qui l'empêche de réfléchir d'une façon calme et rationnelle.</p> <p>La thérapie cognitive de Karine l'aiderait à prendre conscience de ses pensées négatives, à les confronter et à les remplacer par des pensées plus nuancées, ainsi qu'à développer un processus de résolution de problème efficace.</p>
Intégrée (ou biopsychosociale)	Vulnérabilité ou déséquilibre dans l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux	Retour à l'équilibre dans l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux	Méthodes biologiques, psychologiques et sociales variées, inspirées de toutes les approches	<p>Les crises de Karine pourraient provenir d'une réaction biologique exagérée dans son corps face au stress, associée à une réaction psychologique inadaptée de panique, ainsi qu'à de nombreux facteurs de stress dans son environnement social, comme un stress financier et le début d'un nouveau travail.</p> <p>La thérapie biopsychosociale de Karine pourrait associer la prise d'une médication l'aidant à diminuer l'anxiété avec une psychothérapie l'aidant à mieux gérer l'anxiété, ainsi qu'avec un suivi psychosocial l'aidant à diminuer les facteurs de stress dans son environnement.</p>

RÉSUMÉ

La santé mentale - définition

La santé mentale est un état d'équilibre psychique. Cela implique que :

- la personne éprouve un sentiment de bien-être et possède une capacité générale d'adaptation à la société dans laquelle elle vit ;
- la santé mentale subit l'influence de plusieurs facteurs individuels et collectifs en interaction ;
- la santé mentale d'un individu est un état qui varie ;
- la personne doit faire des efforts pour maintenir un état d'équilibre psychologique.



Fiche de révision

Le trouble psychologique et la psychopathologie - définitions

Les critères qui définissent un trouble psychologique sont : 1) un dysfonctionnement psychologique (comportemental, émotif ou cognitif) associé à 2) un sentiment de détresse ou à une altération du fonctionnement, et ce, dans un contexte où 3) les réactions de la personne sont atypiques ou culturellement inappropriées et où les signes et symptômes sont intenses et persistent dans le temps.

L'étude scientifique du comportement anormal et des troubles psychologiques (la psychopathologie) porte sur trois grandes catégories :

- la description clinique des différents troubles psychologiques et de leurs symptômes ;
- l'étude de l'étiologie de ces troubles ;
- les différents traitements proposés et leurs impacts.

Le trouble psychologique - les grandes conceptions

- Les conceptions du comportement anormal et du trouble psychologique ont souvent changé à travers l'histoire.
- Il est possible de regrouper les différentes conceptions du trouble psychologique en trois grands modèles explicatifs : le modèle surnaturel, le modèle biologique et le modèle psychologique.
- Selon le modèle surnaturel, le comportement anormal vient de l'influence de forces surnaturelles comme les mauvais esprits. Un traitement proposé consiste à chasser les démons du corps de la personne possédée par exorcisme. Ce modèle, quoique toujours en vigueur aujourd'hui dans certaines cultures, a été remplacé dans plusieurs cultures par le modèle biologique et le modèle psychologique.
- D'après le modèle biologique, le comportement anormal est issu d'une maladie ou d'un déséquilibre physiologique. Le traitement vise à rétablir l'équilibre biologique du corps, notamment avec l'aide de médicaments ou d'une intervention médicale.
- Selon le modèle psychologique, le comportement anormal est attribué à l'influence de forces psychologiques et sociales. Plusieurs psychothérapies ont été proposées en fonction des grandes approches psychologiques.

Le modèle psychologique - les grandes approches

- Dans l'approche psychanalytique (ou psychodynamique) élaborée par Freud, le traitement des troubles psychologiques passe essentiellement par la prise de conscience et la résolution de conflits inconscients au moyen de la catharsis lors d'une psychanalyse. Les techniques utilisées peuvent être l'association libre, l'analyse des souvenirs d'enfance et des rêves, etc.
- Selon l'approche humaniste fondée par Maslow et Rogers, le trouble psychologique apparaît lorsque des obstacles internes ou externes font blocage à l'actualisation de soi. L'objectif de la thérapie centrée sur la personne est la reprise du développement personnel ici et maintenant. Pour ce faire, le thérapeute doit faire preuve d'empathie, de considération positive inconditionnelle et d'honnêteté.
- L'approche béhavioriste ou comportementale (incluant les théories de l'apprentissage) lancée par les recherches de Pavlov, de Watson et de Skinner, attribue le trouble psychologique à l'apprentissage de mauvais comportements. L'objectif de la thérapie comportementale est de changer le comportement et d'apprendre des modes de réaction mieux adaptés grâce à des techniques de conditionnement comme la désensibilisation systématique, le renforcement et le façonnement.
- D'après l'approche cognitive inspirée des théories d'Ellis et de Beck, le trouble psychologique prend sa source dans les fausses croyances d'un individu qui déforment sa façon de voir la réalité. Le but de la thérapie cognitive est de remplacer ces distorsions cognitives par des pensées plus réalistes grâce à l'analyse du discours intérieur et à la restructuration cognitive.
- Les modèles explicatifs et les approches psychologiques ont tous proposé un seul type de facteur pour expliquer le trouble psychologique. Selon l'approche intégrée (*voir le chapitre 2*), le comportement normal ou anormal s'explique plutôt par une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association canadienne pour la santé mentale

www.cmha.ca/fr
www.acsmmontreal.qc.ca
 514 849-3291

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)

www.aqpamm.ca; www.apammrs.org
 514 524-7131; 450 677-5697

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

www.ffapamm.com
 1 800 323-0474

Fondation des maladies mentales

www.fondationdesmaladiesmentales.org
 1 888 529-5354

Info-Santé 8-1-1

Pour parler à un intervenant ou pour une consultation gratuite au CLSC
sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/info-sante-8-1-1
 Composer le 811

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale

Ordre des psychologues du Québec

Pour trouver les coordonnées d'un psychologue selon la région, l'approche psychologique, le type de trouble, etc.
www.ordrepsy.qc.ca
 1 800 363-2644

Organisation mondiale de la santé (OMS)

www.who.int/fr

Suicide Action Montréal

www.suicideactionmontreal.com
 1 866 APPELLE (1 866 277-3553)

L'APPROCHE INTÉGRÉE OU LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

Par Jade Landry-Cuerrier

PLAN DU CHAPITRE

2.1 L'approche intégrée et ses facteurs – définition	40
2.2 L'approche intégrée et ses facteurs – étude de cas	43
2.2.1 Les facteurs biologiques	44
2.2.2 Les facteurs psychologiques	44
2.2.3 Les facteurs sociaux	44
2.2.4 La perspective développementale	45
2.2.5 La vulnérabilité	45
2.3 Les multiples facteurs de l'approche intégrée du point de vue scientifique	45
2.3.1 Les facteurs biologiques	45
2.3.2 Les facteurs psychologiques	57
2.3.3 Les facteurs sociaux	59
2.3.4 La perspective développementale	64
2.4 La santé mentale, la prévention et l'hygiène de vie	67
2.4.1 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs biologiques	67
2.4.2 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs psychologiques	69
2.4.3 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs sociaux	73

Nous avons décrit, au chapitre 1, plusieurs modèles explicatifs du comportement humain. Ces modèles ont en commun un aspect linéaire, unifactoriel ou unidimensionnel ; ils tentent tous d'expliquer le comportement à l'aide d'un seul type de facteur. C'est pour cette raison qu'un nouveau modèle multifactoriel ou multidimensionnel de la santé mentale et de la psychopathologie a été élaboré. Ce modèle est appelé l'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial.

Le présent chapitre débute avec une définition générale de l'approche intégrée et de ses multiples facteurs ou dimensions, suivie d'une étude de cas. Nous présenterons les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux à partir des connaissances scientifiques, puis nous décrirons la perspective développementale. Enfin, nous formulerons quelques suggestions favorisant une bonne hygiène de vie dans une optique de prévention en santé mentale.

2.1 L'approche intégrée et ses facteurs – définition

Approche intégrée (ou biopsychosociale, ou interactionniste, ou systémique)

Modèle multifactoriel ou multidimensionnel de la santé mentale et de la psychopathologie qui étudie l'influence sur le comportement de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Cognition

Pensée, raisonnement logique, compréhension, croyances et opérations intellectuelles (perception, concentration, langage, mémoire, etc.).

Perspective développementale

Approche selon laquelle on prend en compte l'influence du temps, de la maturation, du développement de la personne et des périodes critiques dans l'étude du comportement.

Période critique

Moment, dans le développement d'un individu, durant lequel celui-ci est plus réactif ou sensible à certains apprentissages, situations ou influences en particulier.

On sait qu'un comportement normal ou anormal peut rarement être expliqué à l'aide d'un seul modèle ou d'un seul type de facteur. Le comportement humain résulte plutôt d'interactions continues entre plusieurs facteurs. Un nouveau modèle de la santé mentale et de la psychopathologie appelé **l'approche intégrée** s'intéresse particulièrement au système d'interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, qui évoluent et s'influencent entre eux. Pour cette raison, l'approche intégrée est aussi appelée **biopsychosociale**, **interactionniste** ou **système**. Il existe maintenant un consensus au sein de la communauté des chercheurs et des praticiens du domaine de la santé mentale selon lequel les troubles mentaux semblent avoir des causes multiples et interreliées. En d'autres mots, dans la majorité des cas, ils ne présentent pas de cause unique, mais proviennent plutôt d'une interaction de plusieurs facteurs explicatifs. C'est pourquoi une approche multifactorielle ou multidimensionnelle semble plus adaptée non seulement à la compréhension, mais aussi au traitement des troubles psychologiques (Ordre des psychologues du Québec, 2014).

Dans l'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial, trois types de facteurs interagissent : les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les facteurs biologiques se caractérisent par les influences d'origine physiologique sur le comportement : les gènes, l'hérédité, le cerveau, le système nerveux, les hormones, etc. Les facteurs psychologiques regroupent les influences du comportement, des émotions et des **cognitions** d'une personne. Les facteurs sociaux, quant à eux, correspondent à l'influence de la culture, des conditions et des expériences de vie, ainsi que des relations

sociales d'un individu. Finalement, l'influence du temps doit aussi être prise en considération ; c'est pourquoi ce modèle inclut une **perspective développementale**, qui s'intéresse entre autres aux **périodes critiques** du développement. Les multiples facteurs de l'approche intégrée sont présentés dans la figure 2.1.

Ces différents facteurs biologiques, psychologiques, sociaux ou développementaux qui interagissent et influent sur le comportement peuvent être : 1) des **facteurs déclencheurs** (ou **précipitants**), qui sont des événements survenant juste avant l'apparition d'un problème et favorisant son émergence en le déclenchant ; 2) des **facteurs de risque** (ou **prédisposants**), qui regroupent des éléments tels que des faiblesses, des problèmes ou des difficultés qui peuvent accroître la probabilité ou les risques qu'une personne souffre d'un trouble psychologique ; 3) des **facteurs de protection**, qui sont des forces ou des ressources susceptibles de diminuer la probabilité qu'une personne soit touchée par un problème de santé mentale en offrant, d'une façon ou d'une autre, une protection contre le trouble psychologique ; et 4) des **facteurs de maintien**, qui contribuent à faire durer ou à entretenir un problème de santé mentale chez une personne en renforçant, d'une certaine façon, le trouble psychologique (Blaney et Millon, 2009). Le tableau 2.1, à la page suivante, présente des exemples de facteurs de risque et de protection.

Facteur déclencheur (ou précipitant)

Stimulus, situation, crise ou stress qui précède l'apparition d'un problème psychologique et qui déclenche, précipite ou entraîne le comportement anormal.

Facteur de risque (ou prédisposant)

Problème ou difficulté qui augmente les risques qu'un individu réagisse de manière inadaptée ou pathologique, ou qu'il manifeste un trouble psychologique.

Facteur de protection

Force ou ressource qui diminue les risques qu'un individu réagisse de manière inadaptée ou pathologique ou qu'il manifeste un trouble psychologique.

Facteur de maintien

Influence qui peut contribuer à la persistance d'un trouble psychologique.

Figure 2.1 L'approche intégrée : interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux

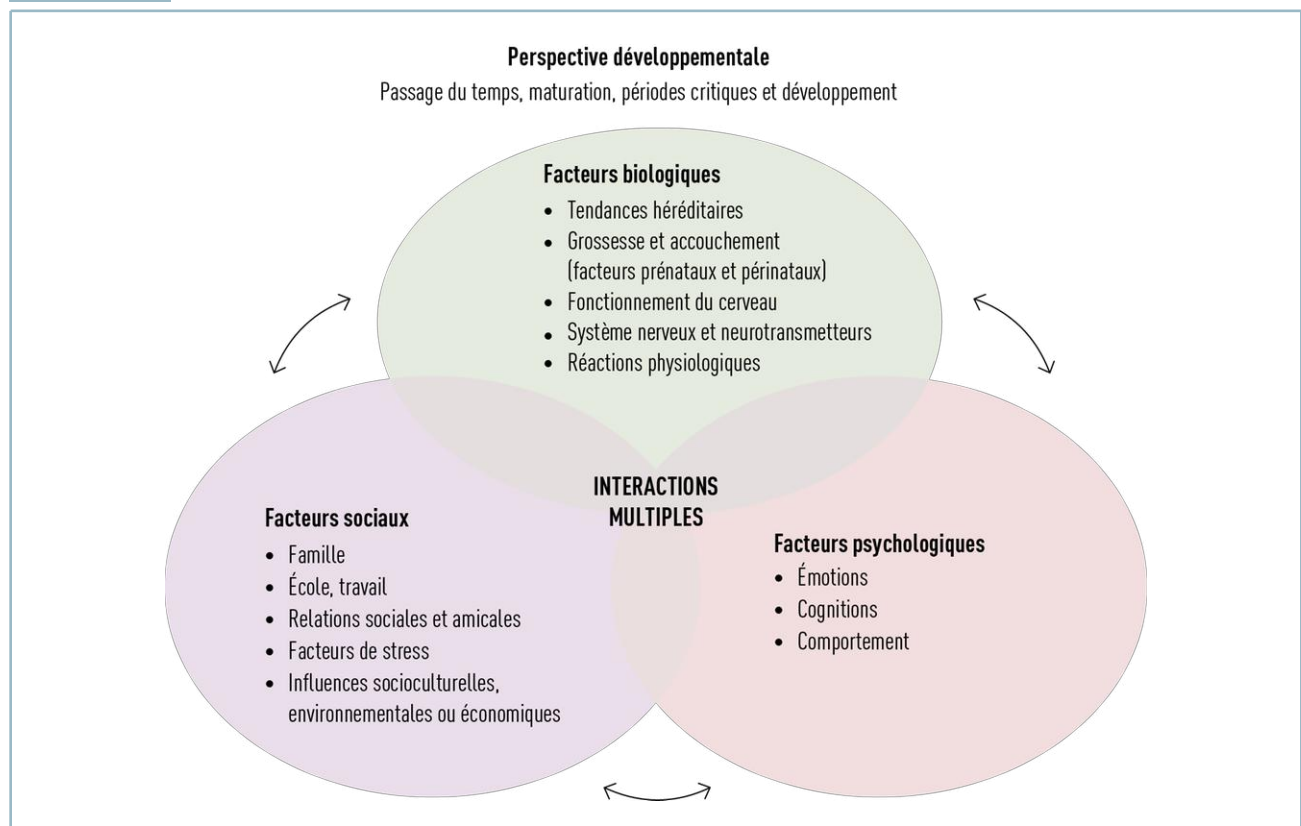
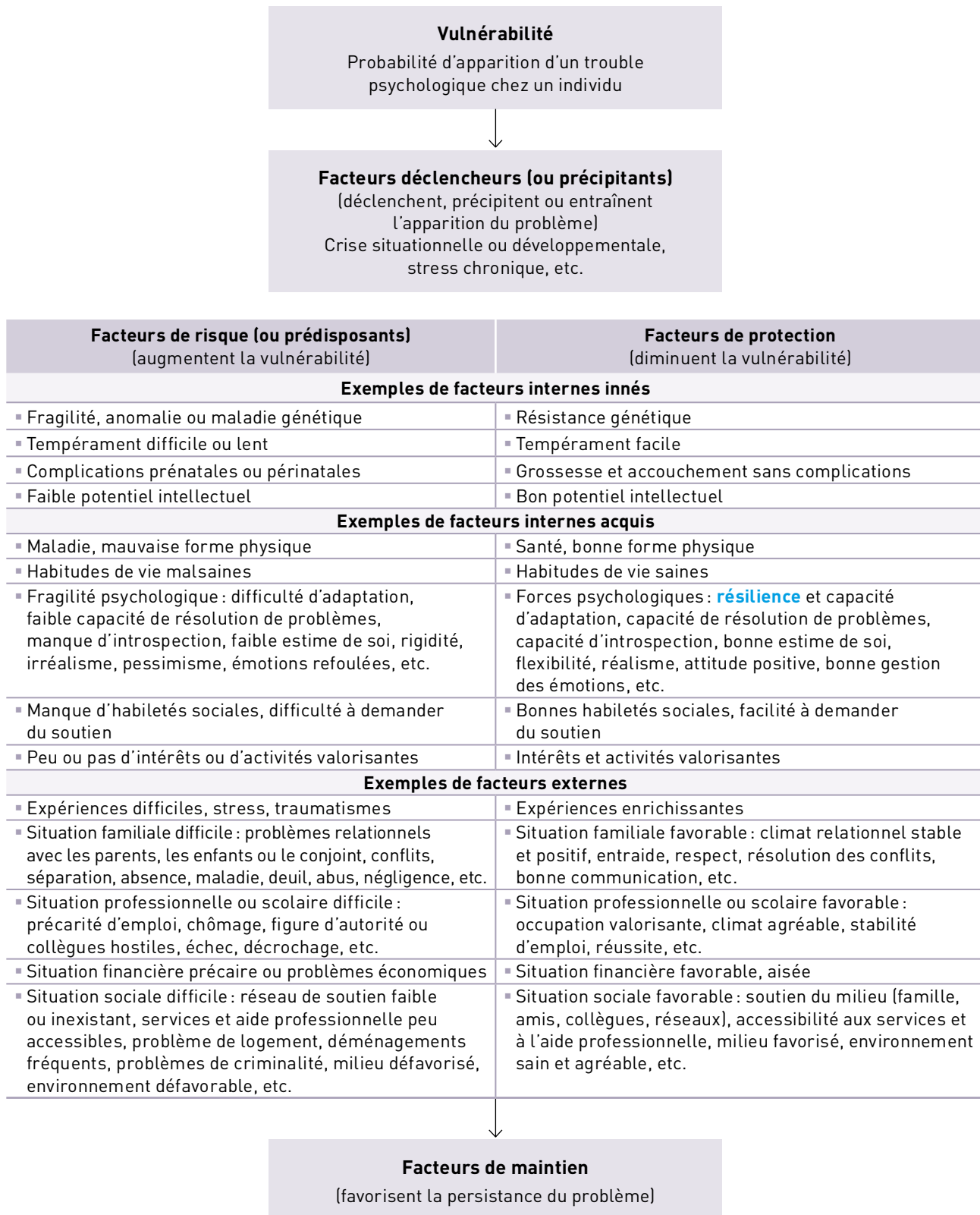


Tableau 2.1 Quelques exemples de facteurs de risque et de protection

Source : Adapté de Élisabeth Rheault, professeure au Cégep Montmorency (2006).

Ces différents facteurs peuvent être internes ou externes. Un facteur interne fait partie de la personne et relève de ses composantes biologiques et psychologiques; il peut être inné, c'est-à-dire que la personne naît avec cette caractéristique, ou il peut être acquis, c'est-à-dire que cette caractéristique apparaît chez l'individu au cours de sa vie. Les facteurs externes sont, quant à eux, liés à l'influence du milieu et de l'environnement sur la personne, donc davantage aux composantes sociales.

Ainsi, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, de même que les facteurs déclencheurs, les facteurs de risque, les facteurs de protection et les facteurs de maintien interagissent et influent sur la **vulnérabilité** d'une personne à présenter un problème de santé mentale. Par exemple, la présence et l'interaction de facteurs de risque importants et le manque de facteurs de protection peuvent rendre une personne plus vulnérable à l'apparition d'un trouble psychologique. Cependant, lorsque les facteurs de risque et de protection s'équilibrent, ou que les facteurs de protection sont plus importants que les facteurs de risque, la personne semble mieux outillée pour faire face aux défis de la vie et, ainsi, pourrait être moins vulnérable aux troubles psychologiques. Elle a plus de chances d'être dans un état d'équilibre psychologique, donc de manifester une bonne santé mentale (voir la définition à la page 2 du chapitre 1).

Résilience

Capacité d'un individu à résister aux chocs de la vie et à surmonter les difficultés plus facilement qu'une autre personne et en s'adaptant mieux.

Vulnérabilité

Interaction entre des facteurs de risque et de protection, qui déterminent la sensibilité d'un individu ou la probabilité qu'il manifeste un trouble psychologique.

EXERCICE 2.1 | Une réflexion sur votre vulnérabilité

En vous inspirant du tableau 2.1, réfléchissez à votre situation et tentez de faire votre propre tableau de vulnérabilité. Essayez d'identifier différents types de facteurs de risque et de facteurs de protection qui vous concernent.

2.2 L'approche intégrée et ses facteurs – étude de cas

Pour illustrer l'approche intégrée et ses multiples facteurs, reprenons le cas de Karine (voir la page 4 du chapitre 1). Est-il possible que plusieurs facteurs différents, de types biologiques, psychologiques et sociaux, aient interagi pour entraîner l'apparition et l'évolution du trouble vécu par Karine? L'étude de cas suivante apporte une information nouvelle sur ce qui s'est passé juste avant la première crise de panique de la jeune femme.

Étude de CAS

La période précédant les crises de Karine

Avant même de commencer sa première soirée de travail comme serveuse dans un restaurant, Karine était nerveuse et appréhendait le pire. Malheureusement, ses craintes se sont confirmées: après seulement une heure de travail, Karine s'est sentie complètement dépassée par la situation. Le restaurant était bondé, les clients s'impatientaient et lui passaient des commandes dont elle n'arrivait pas à se souvenir. En outre, les plats n'étaient pas prêts

à temps et elle avait du mal à comprendre le système informatique, provoquant ainsi plusieurs erreurs. Karine ne se sentait pas à la hauteur de la situation. C'était la catastrophe! À la suite d'une plainte d'un client, le gérant du restaurant lui a dit sans ménagement: «Si tu n'arrives pas à supporter la pression, ce travail n'est pas pour toi. Je ne vais pas tolérer tes erreurs de débutante qui nous font perdre de bons clients. Ressaisis-toi, tu n'es plus à la garderie!»



Des facteurs de stress liés à la dimension sociale, comme un nouvel emploi ou des conditions de travail difficiles, peuvent parfois augmenter les risques d'apparition d'un problème de santé mentale ou en être l'élément déclencheur.

2.2.1 Les facteurs biologiques

Du point de vue biologique, Karine pourrait être génétiquement prédisposée à l'anxiété, par exemple s'il y a des antécédents de troubles anxieux dans sa lignée familiale. Face au stress, ses réactions physiques sont intenses et entraînent des modifications importantes des activités du cerveau et du système nerveux. Son corps répond immédiatement par une réaction physiologique de panique liée à la survie: augmentation du rythme cardiaque, de la respiration, de la pression artérielle, de la température corporelle, de la sécrétion d'hormones de stress, etc. Cependant, il arrive à tout le monde de faire l'expérience de ces réactions physiologiques pour une raison ou une autre, sans nécessairement

faire une crise de panique. Ainsi, la cause des crises de panique de Karine ne se limite pas seulement à un dysfonctionnement biologique. Par ailleurs, Karine pourrait aussi présenter des facteurs de protection de type biologique, telles une bonne santé physique ou une prédisposition génétique comme un bon potentiel intellectuel.

2.2.2 Les facteurs psychologiques

L'influence des facteurs psychologiques peut se situer à trois niveaux: les émotions, les pensées ou les processus mentaux (cognitions) et les comportements. Sur le plan émotionnel, Karine est envahie par plusieurs émotions difficiles dans des situations stressantes. La peur, l'anxiété et le sentiment d'impuissance ont certainement influencé sa réaction de panique. Sur le plan cognitif, Karine entretient des pensées pessimistes: «Je ne suis pas à la hauteur, je suis dépassée par la situation!» Elle a tendance à imaginer le pire: «Mon cœur va exploser, je fais une crise cardiaque!» ou «C'est la catastrophe!», ce qui ne fait qu'augmenter son anxiété. Sur le plan comportemental, la réaction de Karine est une réponse conditionnée par apprentissage. Au fil de ses expériences, elle a appris, malgré elle, à associer les situations de stress à des réactions de panique et des tentatives de fuir la source d'anxiété. Par ailleurs, Karine pourrait aussi présenter des facteurs de protection de type psychologique, comme une bonne estime de soi, ou la capacité de s'affirmer et de demander de l'aide en cas de besoin.

2.2.3 Les facteurs sociaux

Dans son milieu familial, Karine a peut-être été influencée par l'observation et l'imitation du modèle de parents anxieux et perfectionnistes, qui n'étaient jamais satisfaits d'eux-mêmes. De plus, la vie de Karine est assez mouvementée et stressante: elle vient de quitter la maison de ses parents, de changer d'école, d'établir de nouvelles relations sociales et d'assumer plusieurs nouvelles responsabilités.

Sa situation financière l'oblige à prendre un emploi où ses relations avec les clients et le patron semblent difficiles. Tous ces facteurs sociaux ont pu contribuer au trouble de Karine. En outre, le fait qu'elle fasse des crises de panique a influencé son environnement social; elle ne fréquente plus l'école, a abandonné son travail et s'isole. Par ailleurs, Karine pourrait aussi présenter des facteurs de protection de type social, comme de bonnes relations avec sa famille et ses amis.

2.2.4 La perspective développementale

Karine vit une transition entre deux grandes étapes de sa vie: l'adolescence et la vie de jeune adulte. Cette période de développement comporte généralement plusieurs changements, par exemple le départ de la maison familiale, un réaménagement des responsabilités et des relations sociales, ce qui demande une certaine capacité d'adaptation. De plus, cette transition entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte constitue une période critique à l'égard de l'apparition et de l'évolution de plusieurs types de troubles psychologiques.

2.2.5 La vulnérabilité

L'apparition des crises de Karine peut-elle être expliquée par sa première soirée difficile au travail? En fait, cette soirée constitue plutôt l'élément déclencheur. Néanmoins, un facteur déclencheur ou précipitant ne peut expliquer à lui seul la présence d'un trouble psychologique. La plupart des gens ne vivent pas une crise de panique à la suite d'une soirée difficile au travail ou après avoir été rabroués par leur patron. Ainsi, il y a chez Karine une interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui ont accru sa vulnérabilité envers un trouble psychologique. La figure 2.2, à la page suivante, met en lumière les multiples facteurs de l'approche intégrée, ainsi que leurs interactions, qui sont illustrés à l'aide du cas de Karine.

2.3 Les multiples facteurs de l'approche intégrée du point de vue scientifique

Les connaissances scientifiques relatives aux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ainsi que la perspective développementale sont expliquées ci-après.

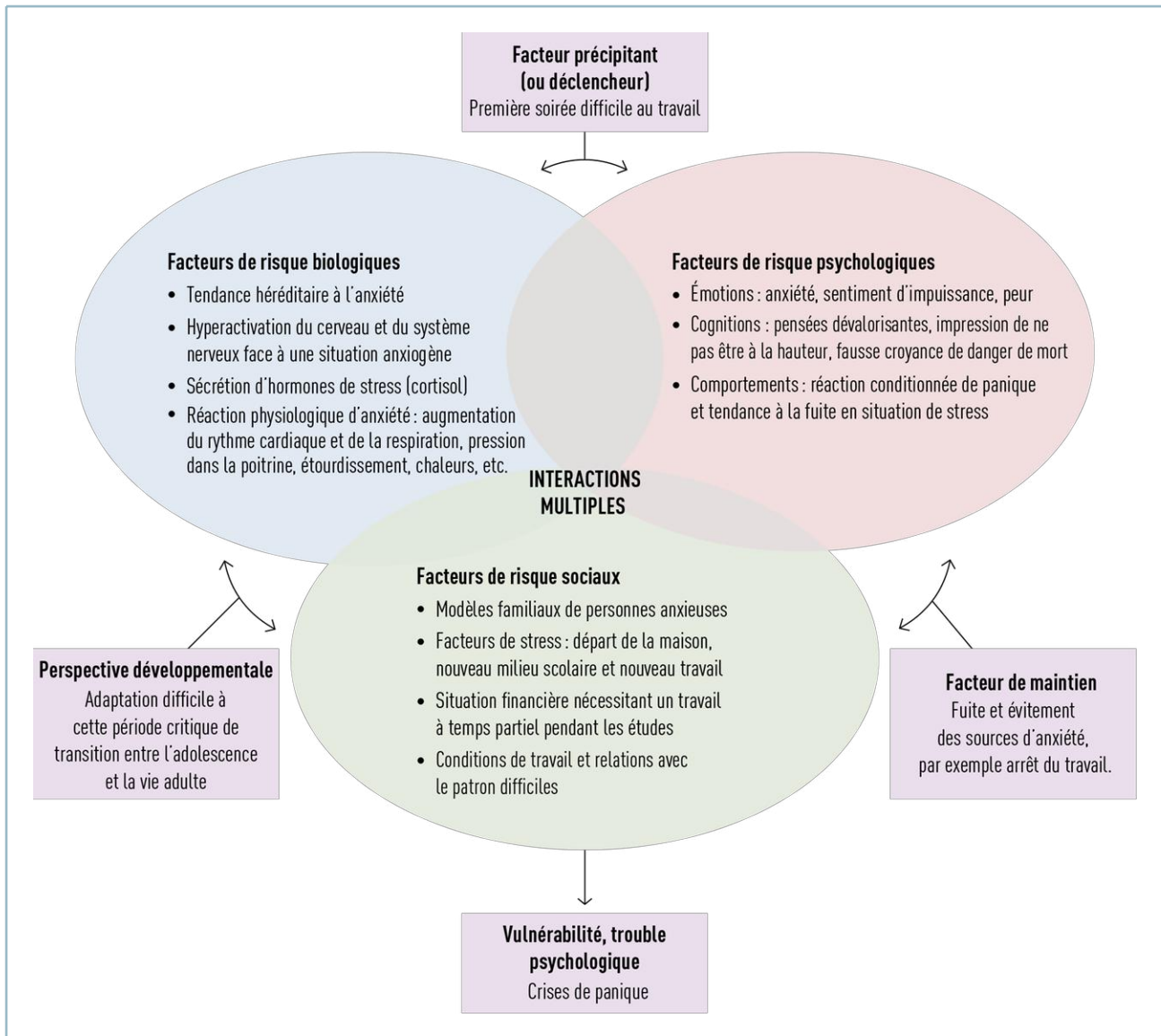
2.3.1 Les facteurs biologiques

Cette section présente certaines connaissances issues de la génétique et des neurosciences, de même que leur contribution au domaine de la psychopathologie.

La contribution de la génétique

L'étude de la génétique ou des gènes apporte une contribution significative à la compréhension du comportement humain. Du point de vue héréditaire, les gènes ont une influence importante sur le registre de comportements possibles de l'humain et sur ses limites (Caspi *et al.*, 2003). Les gènes contribuent aussi à

Figure 2.2 L'approche intégrée : interaction de facteurs de risque biologiques, psychologiques et sociaux illustrée à l'aide du cas de Karine



déterminer en partie nos caractéristiques physiques et psychologiques. Cependant, ils peuvent également jouer un rôle dans l'apparition des troubles psychologiques. Ainsi, le développement, le comportement humain et les troubles mentaux sont polygéniques : ils sont influencés par plusieurs gènes en interaction (Durand, Barlow et Barlow, 2002). Il est important de comprendre que les gènes en interaction ne causent pas le comportement, mais qu'ils peuvent plutôt agir comme facteur de risque ou de protection chez un individu.

Chaque cellule humaine contient dans son noyau quelque 20 000 gènes répartis sur les 23 paires de chromosomes composés d'acide désoxyribonucléique ou ADN (Lupski, 2007 ; Volkow, 2006). Ces chaînes d'ADN forment le code génétique complet qui est propre à chaque personne, dont la moitié est composée de gènes provenant du père et l'autre moitié, de gènes issus de la mère.

Des gènes spécifiques ou des petits groupes de gènes peuvent être associés à certains troubles psychologiques (Gershon *et al.*, 2001). La vulnérabilité ou les risques de présenter certains troubles psychologiques pourraient donc se transmettre de façon héréditaire à un enfant, à travers les gènes de la mère ou du père. Les études démontrent la contribution de facteurs génétiques pour de nombreux troubles psychologiques. Par exemple, lorsqu'un **jumeau identique** (ou monozygote) souffre de schizophrénie, la probabilité que l'autre jumeau en soit atteint est d'environ 50 % (Gottesman, 1991). De façon générale, lorsqu'un jumeau monozygote présente un trouble psychologique, l'autre jumeau risque davantage d'en posséder au moins certains traits (Plomin *et al.*, 1997). Cependant, puisque le pourcentage n'est pas de 100 %, il ne s'agit pas d'une cause, mais plutôt d'un facteur qui, allié à d'autres, contribue à l'apparition du trouble.

Jumeaux identiques

Jumeaux provenant d'un seul et même ovule et ayant exactement le même code génétique.

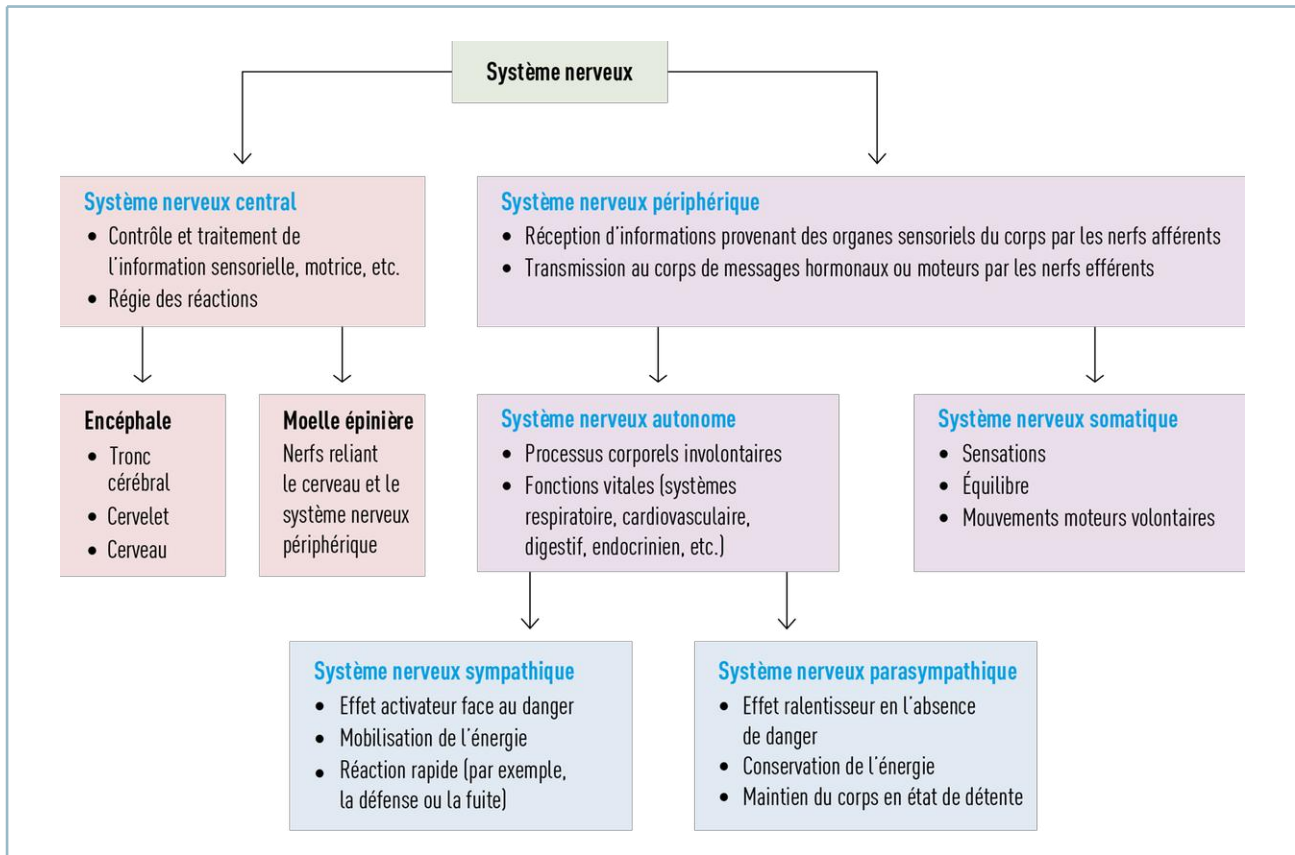
Les gènes influent donc sur le comportement normal et anormal. Mais attention, l'environnement et l'apprentissage peuvent à leur tour influencer les gènes (Blaney et Millon, 2009 ; Kolb, Gibb et Robinson, 2003 ; Owens *et al.*, 1997). Ainsi, certains événements ou expériences peuvent déclencher une vulnérabilité génétique ou déterminer quels gènes seront activés ou non (Gottlieb, 1998). Par exemple, une étude a montré que des enfants de parents schizophrènes, ayant été adoptés alors qu'ils étaient bébés, présentaient davantage de troubles psychologiques s'ils vivaient dans une famille dysfonctionnelle. L'effet contraire se produisait lorsque les bébés étaient adoptés par des familles ayant d'excellentes pratiques éducatives (Tienari *et al.*, 1994).

En résumé, notre bagage génétique influe sur notre comportement en agissant sur notre vulnérabilité. Cependant, les événements dans l'environnement peuvent à leur tour influencer la structure de nos gènes. De plus, de fortes influences environnementales positives peuvent diminuer les risques liés à la présence d'une vulnérabilité génétique, et inversement. Ainsi, les gènes ne déterminent pas le développement de façon absolue, ils l'encadrent plutôt, et ce, en interaction avec l'influence de l'environnement. Le comportement normal ou anormal provient donc d'une interaction complexe et réciproque entre plusieurs facteurs de risque et facteurs de protection génétiques et environnementaux (Kendler, 2001 ; Rutter, 2002 ; Turkheimer, 1998).

La contribution des neurosciences

Les neurosciences étudient le système nerveux et son fonctionnement, ainsi que son influence sur le comportement, les pensées et les émotions. Cette science relativement récente s'intéresse aussi au rôle du système nerveux dans le développement des maladies mentales. Les structures et le fonctionnement du système nerveux, du cerveau, et enfin des neurones et des neurotransmetteurs sont décrits dans les pages suivantes.

Le système nerveux Les différentes parties du système nerveux (SN) et leur fonctionnement sont décrits dans la figure 2.3, à la page suivante, dans les définitions en marge et dans le texte qui suit.

Figure 2.3 L'organisation et les divisions du système nerveux**Système nerveux central**

Partie du système nerveux agissant comme centre de contrôle, qui traite l'information et dirige les réactions.

Système nerveux périphérique

Partie du système nerveux formée des systèmes nerveux autonome et somatique qui est responsable de la transmission d'informations à travers le corps.

Système nerveux autonome

Partie du système nerveux périphérique responsable des processus corporels involontaires comme la régulation des systèmes respiratoire, cardiovasculaire, digestif, endocrinien, etc.

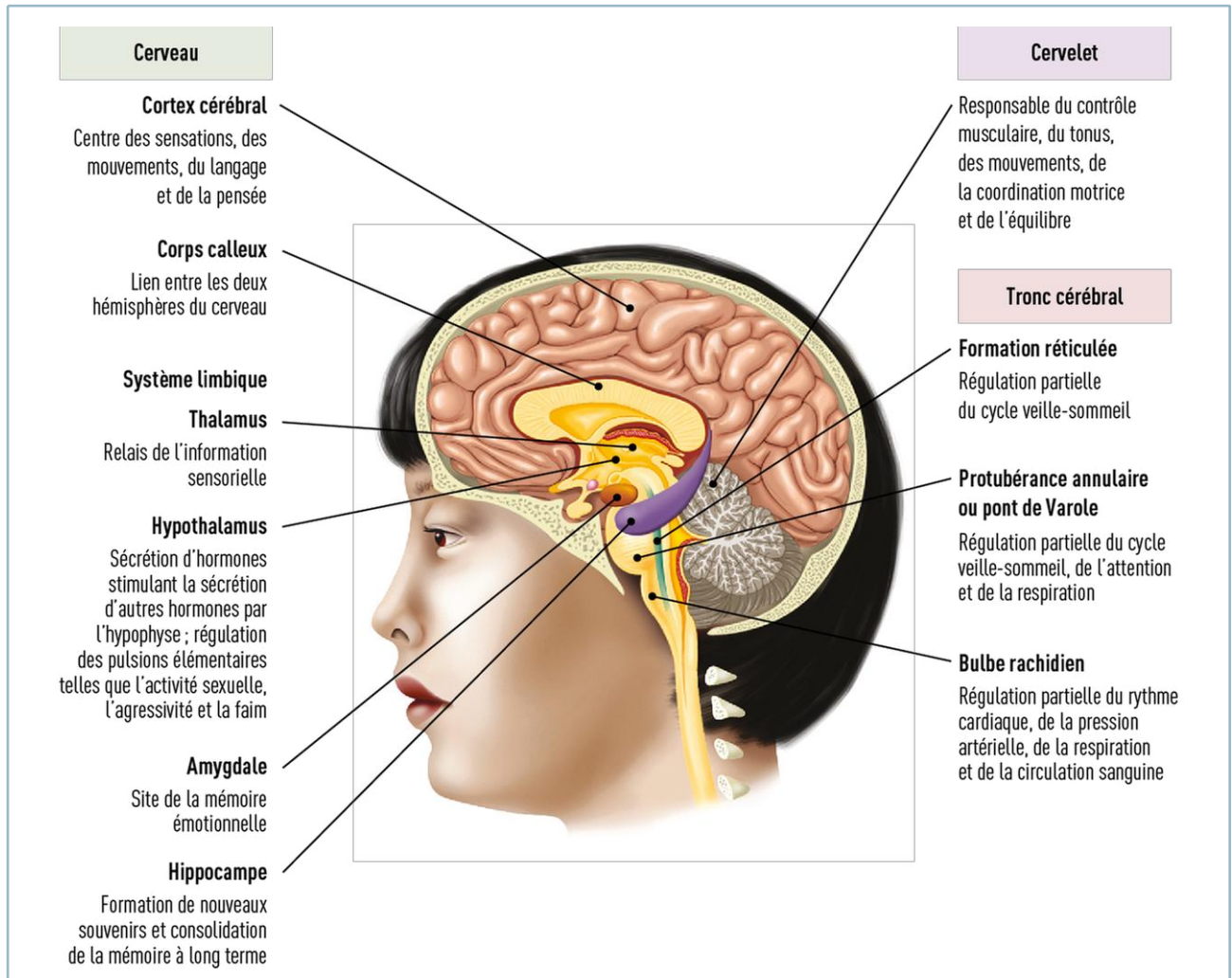
Système nerveux somatique

Partie du système nerveux périphérique qui est responsable des sensations, de l'équilibre et du contrôle volontaire des muscles et des mouvements.

L'encéphale Tout ce qui occupe l'intérieur de la boîte crânienne est appelé l'encéphale. L'encéphale est composé de trois parties principales: le tronc cérébral (la partie du système nerveux central qui régit les fonctions vitales, l'attention et le sommeil), le cervelet (celle qui contrôle les muscles, le tonus, les mouvements, la coordination motrice et l'équilibre) et le cerveau (le centre de contrôle du système nerveux central) (voir la figure 2.4).

Le tronc cérébral est composé de la formation réticulée, de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien. Le cerveau comprend le cortex cérébral (la partie du cerveau qui contrôle les perceptions, les mouvements et les fonctions mentales supérieures), le corps calleux (la partie qui permet la transmission d'informations entre les deux hémisphères) et le système limbique (la partie qui régule nos pulsions comme la faim, l'agressivité, la sexualité, etc. et qui gère la mémoire, les émotions et la motivation).

Le système limbique inclut plusieurs structures comme le thalamus, l'hypothalamus, l'amygdale et l'hippocampe. Il est aussi relié au système endocrinien, c'est-à-dire le système de glandes du corps qui sécrètent des hormones dans le sang (voir la figure 2.5 à la page 50). Ces hormones agissent de plusieurs façons sur le comportement. Par exemple, une connexion entre l'hypothalamus du système limbique, l'hypophyse et les glandes corticosurrénales du système endocrinien est reconnue pour jouer un rôle dans plusieurs troubles psychologiques.

Figure 2.4 Les structures de l'encéphale

Le cortex cérébral est composé de deux hémisphères qui se divisent chacun en quatre parties (voir la figure 2.6 à la page 51) : le lobe frontal (la partie responsable des fonctions mentales supérieures comme penser, raisonner, résoudre des problèmes, planifier, se contrôler et être conscient de soi), le lobe temporal (responsable des processus auditifs), le lobe pariétal (responsable des processus sensoriels liés au toucher) et le lobe occipital (responsable des processus visuels). Ces quatre lobes travaillent de concert pour percevoir, analyser et contrôler nos réactions aux informations provenant de nos cinq sens. Ainsi, une personne ayant des hallucinations visuelles ou un problème de contrôle des impulsions pourrait présenter un dysfonctionnement dans l'une de ces régions du cortex.

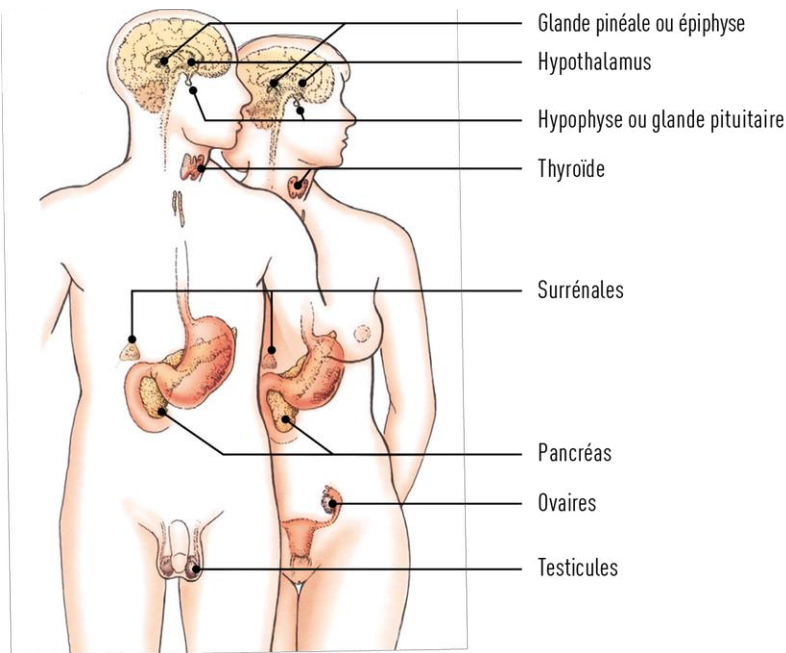
Les scientifiques étudient le cerveau en se basant sur diverses approches. Une démarche traditionnelle consiste à s'intéresser aux personnes ayant subi des lésions cérébrales à la suite d'une blessure, d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale, pour pouvoir en observer les effets (Damasio *et al.*, 1994) (voir la rubrique *En relief* à la page 51). Certains chercheurs créent une lésion dans le cerveau d'animaux ou leur en enlèvent une partie, pour étudier ensuite les modifications

Système nerveux sympathique

Partie du système nerveux périphérique autonome qui a un effet activateur sur le corps en situation de stress ou de danger.

Système nerveux parasympathique

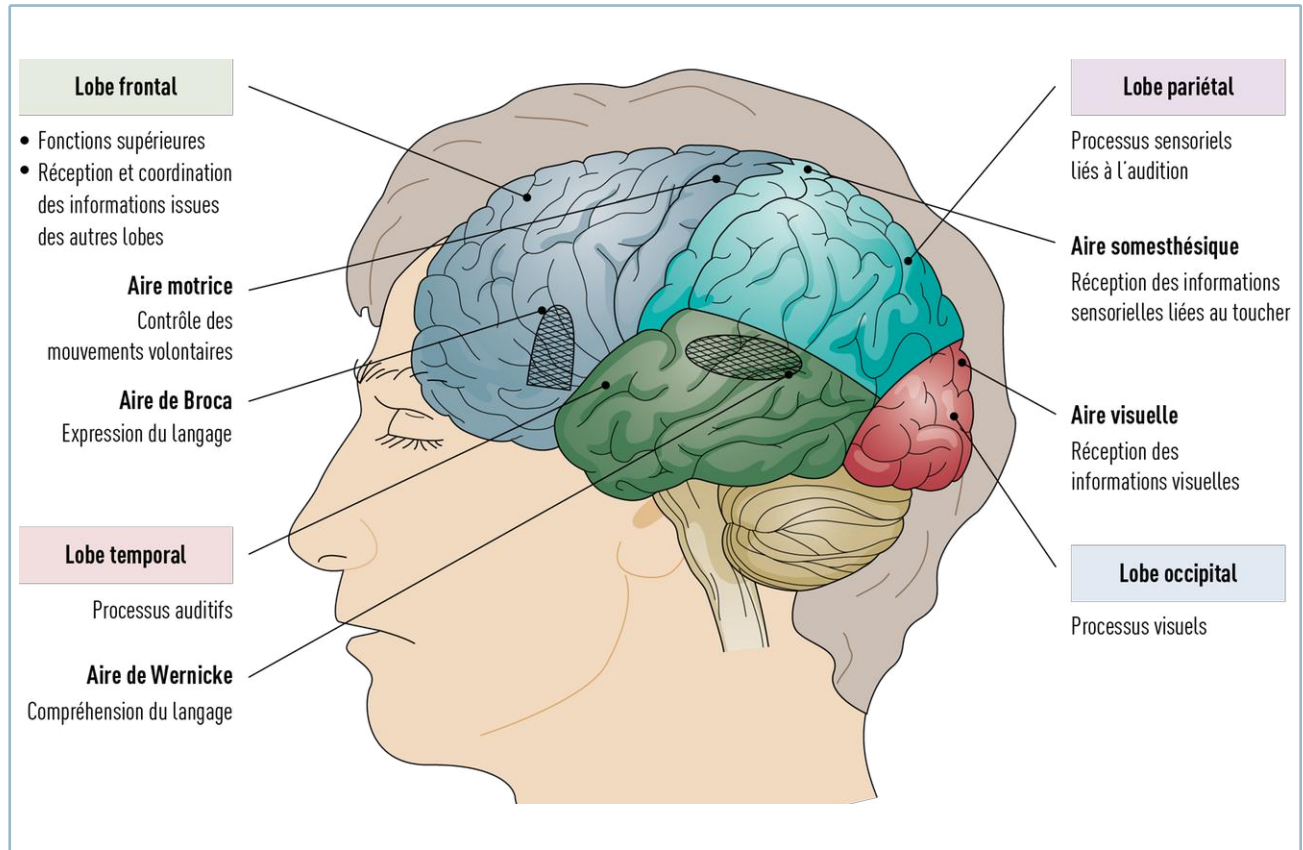
Partie du système nerveux périphérique autonome qui a un effet ralentisseur sur le corps en situation de calme et de détente.

Figure 2.5 Le système endocrinien : les glandes et les principales hormones

Glande pinéale ou épiphyse	▪ Mélatonine (participe à la régulation du cycle veille-sommeil)
Hypothalamus	▪ Hormones de libération stimulant la sécrétion d'hormones par l'hypophyse
Hypophyse ou glande pituitaire (aussi appelée glande maîtresse)	<p>Hormones régulant les fonctions du corps et la sécrétion d'hormones par d'autres glandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatotropine ou hormone de croissance (agit sur la croissance glandulaire, osseuse et musculaire) ▪ Adrénocorticotrophine ou ATCH (stimule la sécrétion des corticostéroïdes) ▪ Thyrotropine ou hormone thyroïdienne (stimule la sécrétion de la thyroxine par la thyroïde) ▪ Folliculostimuline ou FSH (entraîne la maturation du follicule ovarien et la production de spermatozoïdes) ▪ Lutéostimuline ou LH (cause l'ovulation et la maturation du corps jaune chez la femme et stimule la production de testostérone par les testicules chez l'homme) ▪ Prolactine (stimule la production de lait) ▪ Hormone antidiurétique ou ADH (inhibe la production d'urine) ▪ Ocytocine (cause les contractions de l'utérus durant l'accouchement et la montée de lait après la naissance)
Thyroïde	▪ Thyroxine (augmente le métabolisme)
Surrénales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corticostéroïdes (renforcent la résistance au stress, agissent sur le métabolisme des protéides et des glucides) ▪ Adrénaline (stimule le métabolisme, les rythmes cardiaque et respiratoire, la glycémie, etc.) ▪ Noradrénaline (augmente la pression artérielle ; sert de neurotransmetteur)
Pancréas	▪ Insuline (contrôle le métabolisme du glucose et des graisses)
Ovaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Œstrogène (stimule la maturation des caractères sexuels féminins ; informe l'hypothalamus et l'hypophyse de la phase du cycle menstruel) ▪ Progestérone (son absence cyclique cause la menstruation ; adapte l'utérus à la grossesse)
Testicules	▪ Testostérone (stimule la maturation des caractères sexuels masculins ; agit sur la libido et l'agressivité)

du comportement ou des capacités de ces animaux. D'autres chercheurs étudient le rôle de certaines parties du cerveau d'animaux ou d'humains en les stimulant directement à l'aide d'électrodes. Évidemment, le caractère éthique de telles recherches doit être pris en compte afin de s'assurer qu'elles contribuent de façon unique à la compréhension de principes biologiques fondamentaux.

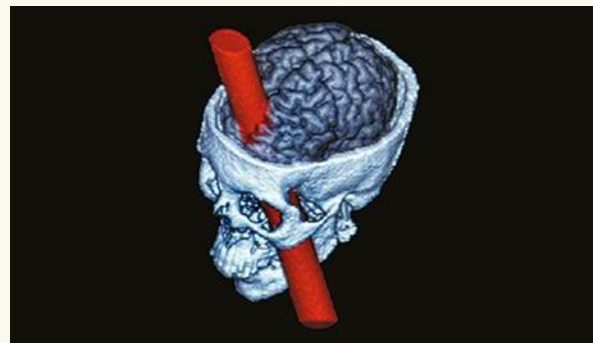
Figure 2.6 Les quatre lobes du cortex cérébral et leurs fonctions



EN RELIEF

La lésion frontale de Phineas Gage

Le 13 septembre 1848, dans le Vermont, des ouvriers s'apprêtent à dynamiter un rocher sur un chantier de chemin de fer. Ayant mis accidentellement le feu aux poudres, le contremaître Phineas Gage reçoit une tige de métal dans la tête. L'homme a miraculeusement survécu à l'accident, mais les dommages causés à son cerveau ont modifié sa personnalité. Ceux qui l'avaient connu avant l'accident s'entendaient pour dire que le contremaître n'était plus l'homme fiable, sociable et respectueux qu'ils avaient connu. Après cette grave lésion du lobe frontal, Phineas Gage est devenu inconstant, irresponsable, impatient, entêté et impulsif. Il souffrait de sautes d'humeur et avait de la difficulté à planifier et à prendre des décisions.



La reconstitution du crâne de Phineas Gage montre comment la tige de métal de 1 m de longueur et de 2,5 cm de diamètre a transpercé son crâne, entrant par sa joue gauche et ressortant par le dessus de sa tête, pour atterrir 50 m plus loin.

Électroencéphalographie (EEG)

Enregistrement de l'activité électrique du cerveau et des neurones à l'aide d'électrodes. Le tracé ainsi obtenu se nomme électroencéphalogramme.

Tomographie par émission de positons

Technique d'imagerie cérébrale permettant d'obtenir une image de l'activité biochimique du cerveau.

Tomodensitométrie (TDM)

Technique d'imagerie cérébrale qui consiste à exposer le cerveau à des rayons X pour produire une image en trois dimensions de l'encéphale.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Technique d'imagerie cérébrale qui permet d'observer avec précision le cerveau à l'aide de champs magnétiques et de récepteurs radio.

Neurone

Cellule nerveuse responsable de la transmission de l'information par voie électrochimique à travers le système nerveux.

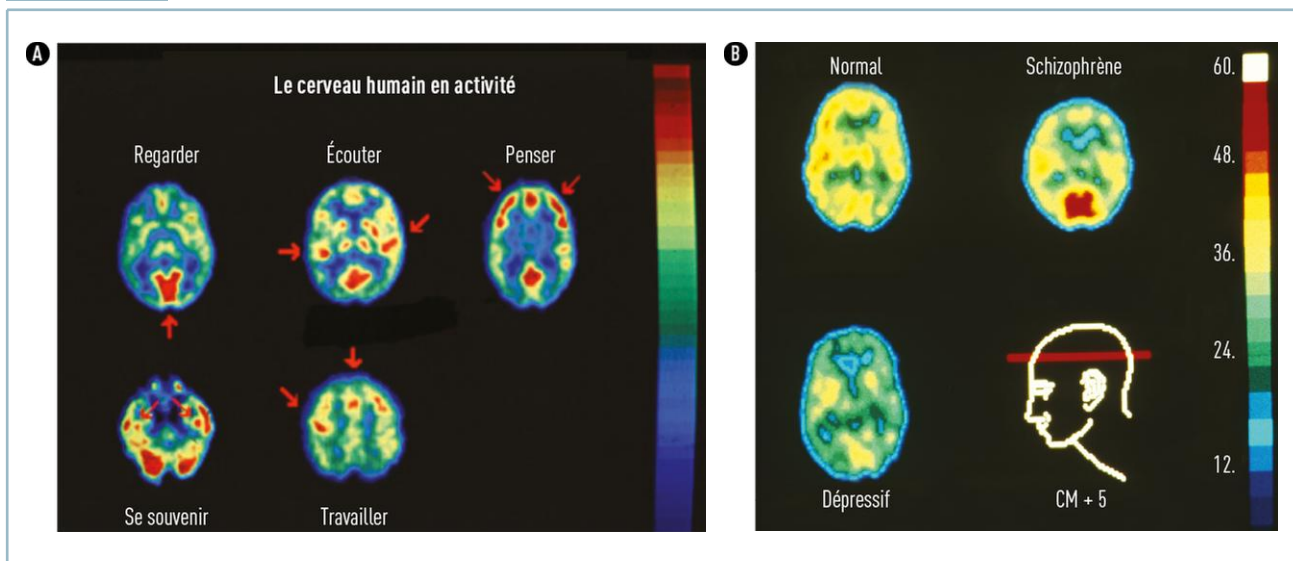
Par ailleurs, de nouvelles technologies d'imagerie cérébrale permettent maintenant d'observer le fonctionnement du cerveau en action. Le procédé appelé **électroencéphalographie (EEG)** consiste à enregistrer à l'aide d'électrodes l'activité électrique du cerveau. Les chercheurs ont découvert que certains types d'ondes cérébrales sont associés au sommeil, à la détente ou à la concentration. La **tomographie par émission de positons (PET scan** ou scanographie) permet d'obtenir des images du cerveau en activité (voir la figure 2.7). On peut ainsi étudier les régions du cerveau qui sont actives lorsqu'une personne effectue une tâche ou encore celles qui sont affectées dans le cas de personnes ayant des problèmes de santé mentale. La **tomodensitométrie (TDM)** est une autre technique d'imagerie cérébrale. Elle consiste à exposer le cerveau à des rayons X pour produire une image de l'encéphale en trois dimensions. Enfin, l'**imagerie par résonance magnétique (IRM)** permet d'observer avec précision le tissu du cerveau à l'aide de champs magnétiques et de récepteurs radio et d'obtenir des images du cerveau d'une grande clarté.

Grâce à toutes ces nouvelles technologies d'imagerie cérébrale, les chercheurs peuvent maintenant observer l'activité cérébrale de façon précise. Ils sont également en mesure de découvrir si certaines altérations du cerveau ou de son fonctionnement sont caractéristiques de certains troubles psychologiques (Campanella et Streeb, 2008).

Les images de l'activité cérébrale présentées dans la figure 2.7 ont été obtenues à l'aide de la scanographie. Dans la partie a), le rouge indique une activité cérébrale intense. Ainsi, on peut observer quelles régions cérébrales sont plus actives en fonction de la tâche effectuée: regarder, écouter, penser, se remémorer ou travailler. Dans la partie b), la première image montre le cerveau d'une personne normale, la deuxième, celui d'une personne schizophrène et la troisième, celui d'une personne dépressive.

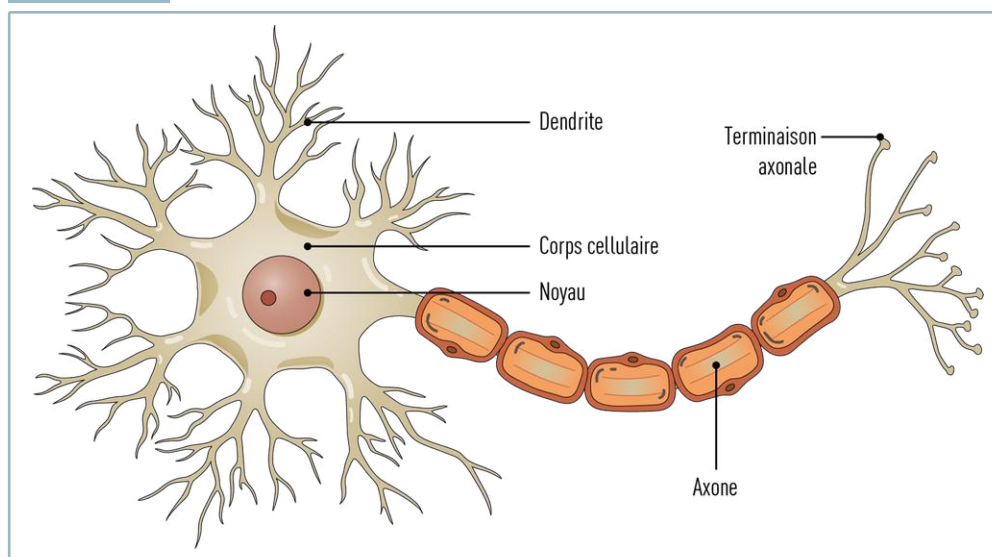
Les neurones et les neurotransmetteurs Le cerveau est composé d'environ 100 milliards de cellules nerveuses appelées **neurones** (Azevedo, Carvalho, Grinberg *et al.*, 2009; Durand, Barlow et Barlow, 2002; Williams et Herrup, 2001). Chaque neurone est composé d'un noyau et d'un corps cellulaire,

Figure 2.7 La tomographie par émission de positons (TEP)



ainsi que de deux types de prolongements, les dendrites et l'axone (voir la figure 2.8). Les neurones sont responsables de la circulation de l'information à travers le système nerveux par voie électrochimique. D'une part, les dendrites reçoivent les messages chimiques en provenance des autres neurones et les transforment en potentiels d'action, aussi appelés influx nerveux. Semblables à de petits courants électriques, ils transportent l'information à travers la cellule. D'autre part, l'axone transmet l'influx nerveux ou le potentiel d'action du neurone à d'autres cellules, en le transformant en messages chimiques.

Figure 2.8 La structure du neurone



Les neurones ne sont pas tout à fait connectés entre eux ; il existe un minuscule espace entre l'axone d'une cellule et un dendrite d'une autre cellule. Ce point de contact entre deux neurones est appelé **synapse** (voir la figure 2.9 à la page suivante). Les neurones y sécrètent des molécules biochimiques dénommées **neurotransmetteurs**, qui transportent l'information à travers la synapse, donc d'une cellule à l'autre.

Chaque neurone possède des connexions nerveuses avec plusieurs autres neurones, ce qui forme tout un système complexe de réseaux de connexions où circule l'information et où s'effectue le contrôle des pensées et des actions. Il existe des milliers de circuits neuronaux, certains étant associés à des troubles psychologiques spécifiques (LeDoux, 2003). Les connexions entre les neurones ne sont pas toujours stables. En fait, plus une connexion est utilisée, plus elle se stabilise ou se solidifie. Dans le cas contraire, la connexion devient instable, dégénère, puis disparaît. En effet, parmi tous les chemins neuronaux possibles entre deux aires cérébrales, le plus efficace sera sélectionné et consolidé en vue d'une réutilisation ultérieure. Ainsi, le réseau de connexions et de circuits neuronaux dans le cerveau d'un individu se réorganise constamment de façon unique, selon ses expériences et ses apprentissages. Cette capacité est appelée la **plasticité cérébrale** (Clifford, 2000 ; Edelman et Tononi, 2000 ; Ladd *et al.*, 2000). Certaines recherches ont montré des modifications dans le niveau d'activité des neurones ou même des normalisations des circuits cérébraux à la suite d'un traitement psychologique (Goldapple *et al.*, 2004 ; Paquette *et al.*, 2003).

Synapse

Point de contact entre deux neurones, où ont lieu la sécrétion et la réception des neurotransmetteurs.

Neurotransmetteur

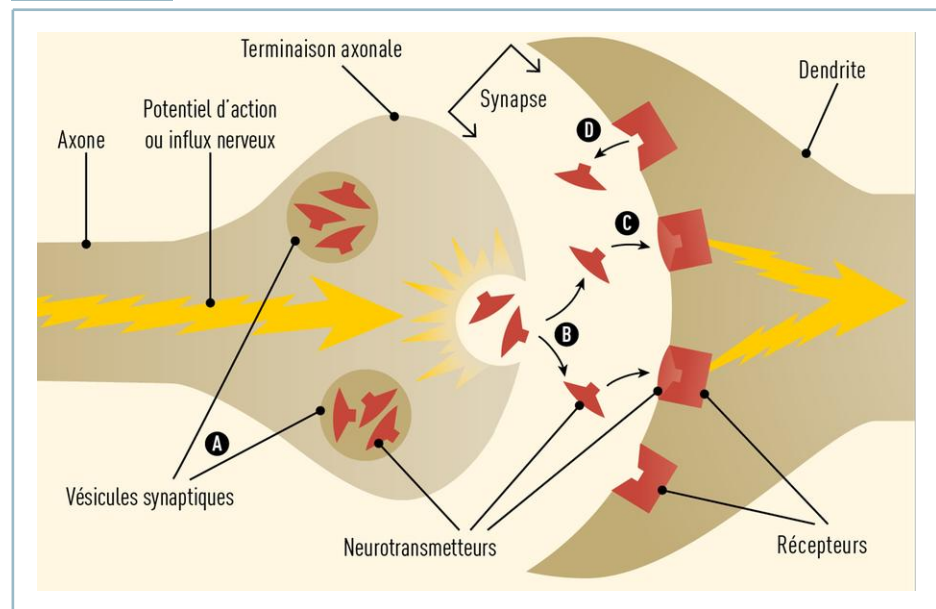
Substance chimique sécrétée par les neurones qui est responsable de la transmission d'informations entre les cellules nerveuses.

Plasticité cérébrale

Capacité du cerveau à se réorganiser en refaçonnant les circuits de neurones en fonction de leur utilisation dans l'environnement de l'individu.

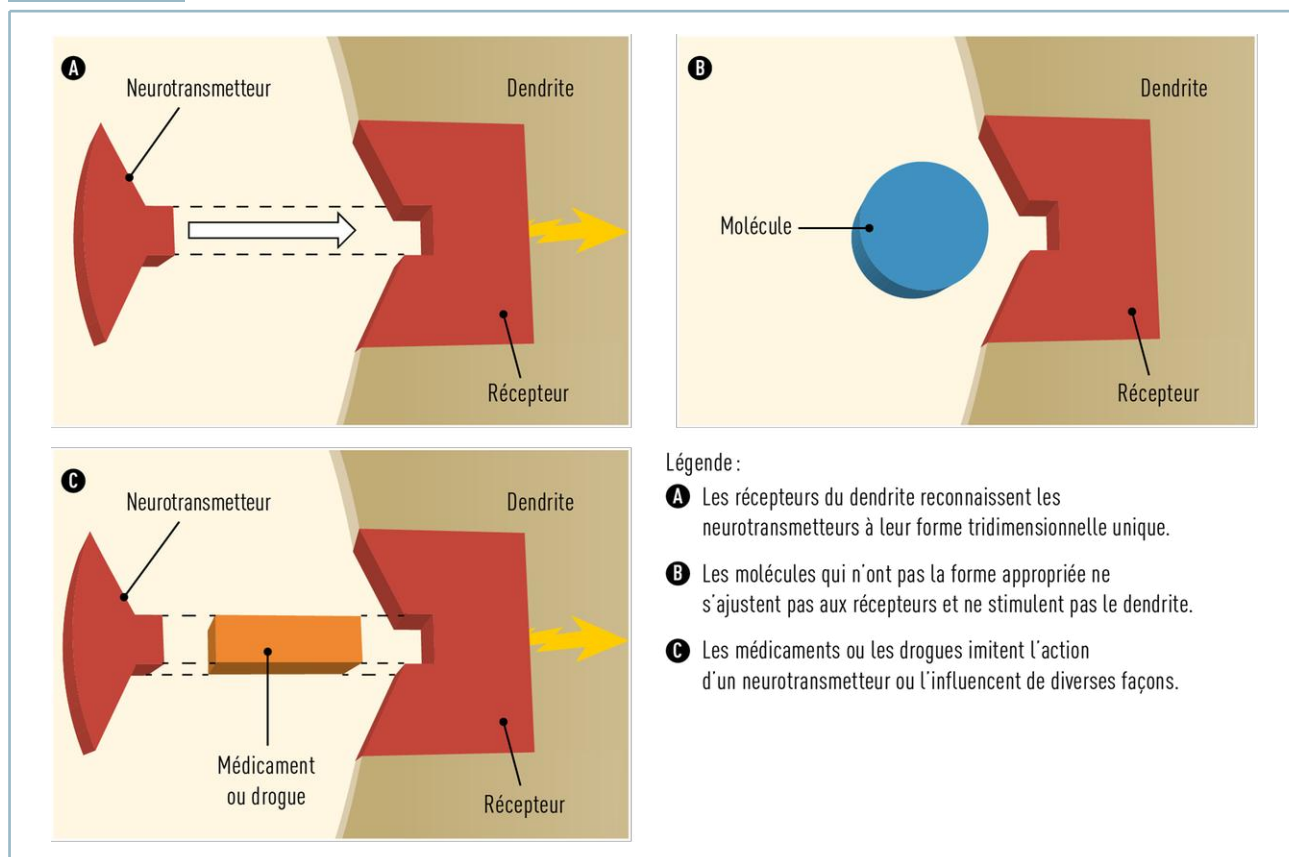
Comme on peut le voir dans la figure 2.9, les neurotransmetteurs sont conservés dans de petits sacs, appelés vésicules synaptiques, situés dans la terminaison axonale (A). L'arrivée d'un influx nerveux stimule ces vésicules afin de déverser les neurotransmetteurs dans la synapse (B). Les neurotransmetteurs vont ensuite s'accrocher aux récepteurs du neurone adjacent (C). Les neurotransmetteurs peuvent exciter le neurone récepteur, c'est-à-dire le stimuler à transformer cette information chimique en impulsion électrique, ou potentiel d'action. Ils peuvent aussi inhiber le neurone récepteur, c'est-à-dire l'empêcher d'émettre un influx nerveux. Lorsqu'un nombre suffisant de neurotransmetteurs ont été absorbés, ces derniers sont libérés dans la synapse par les récepteurs (D). Ils sont alors détruits ou réabsorbés et recyclés par le premier neurone pour un usage ultérieur, un processus nommé recapture (ou recaptage).

Figure 2.9 Le fonctionnement de la synapse et des neurotransmetteurs



Les processus de libération et de réception des neurotransmetteurs au niveau biologique sont associés à des événements psychologiques : pensées, émotions ou comportements. Ainsi, pour la psychologie et la psychopathologie, la compréhension du fonctionnement des neurones, des synapses et des neurotransmetteurs est d'un grand intérêt. Ce champ d'études a récemment gagné en popularité auprès des scientifiques (Bloom, Nelson et Lazerson, 2001 ; LeDoux, 2003). Déjà, les chercheurs ont démontré l'existence de plusieurs types de neurotransmetteurs, chacun ayant une structure chimique unique. Dans la plupart des cas, la structure du neurotransmetteur lui permet de s'associer à un seul type de récepteur dans la synapse, un peu comme une clé qui ne peut ouvrir qu'un seul type de serrure (voir la figure 2.10). Certains neurotransmetteurs agissent toutefois sur plusieurs types de récepteurs, un peu comme un passe-partout.

En pharmacothérapie, les médicaments utilisés agissent sur le fonctionnement des neurotransmetteurs dans la synapse (Snyder, 2002). Certains médicaments imitent l'action d'un neurotransmetteur, alors que d'autres en augmentent la production, la diminuent ou la bloquent. D'autres types de médicaments ont des effets indirects. Par exemple, ils stimulent la production d'une molécule ayant un

Figure 2.10 Le fonctionnement des récepteurs de la synapse

effet inverse ou empêchent le processus de recapture d'un neurotransmetteur en bloquant les transporteurs servant habituellement à réintégrer le neurotransmetteur dans le neurone. Certains médicaments ont même la capacité de moduler l'influx nerveux (le potentiel d'action) et les mécanismes internes des neurones. Par ailleurs, toutes les drogues récréatives agissent aussi sur les neurotransmetteurs, et ce, de la même façon que les médicaments. Elles augmentent, diminuent ou altèrent les effets de certains neurotransmetteurs.

Les chercheurs ont identifié plusieurs types de neurotransmetteurs différents. Ils ont aussi découvert qu'il était possible d'associer un déséquilibre de certains neurotransmetteurs spécifiques (une production excessive ou insuffisante de la molécule ou de sa recapture), ainsi que le dysfonctionnement de certains systèmes de neurotransmetteurs à des catégories spécifiques de troubles psychologiques. Par exemple, l'augmentation de l'activité de la dopamine a été associée à la schizophrénie (Snyder, 1981). Toutefois, ces premières recherches proposent souvent une interprétation trop simpliste du fonctionnement des neurotransmetteurs. Des études plus récentes ont montré qu'il existe plusieurs autres types et sous-types de molécules et que les interactions entre les neurotransmetteurs sont nombreuses et complexes (Bloom, Nelson et Lazerson, 2001; Kandel, Schwartz et Jessell, 2000; LeDoux, 2003; Shiah et Yatham, 2000). Ainsi, le fonctionnement des neurones et des neurotransmetteurs semble plutôt agir sur la vulnérabilité d'un individu par rapport aux troubles mentaux. Le tableau 2.2, à la page suivante, énumère les principaux neurotransmetteurs et leurs fonctions, ainsi que les troubles et les médicaments qui leur sont associés.

Tableau 2.2 Les principaux neurotransmetteurs et leurs fonctions

Neurotransmetteur	Fonctions	Troubles ou phénomènes associés	Médication ou substances associées
Acétylcholine (ACh)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contractions musculaires ▪ Mémoire et formation de souvenirs ▪ Attention et sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie d'Alzheimer ▪ Paralyse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curare (bloque les enzymes dégradant l'ACh et entraîne la paralysie).
Acide gamma aminobutyrique (GABA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhibition ▪ Régulation de l'excitation et des réactions émotionnelles ▪ Réduction de l'anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles anxieux ▪ Épilepsie (prévention des crises) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiolytiques ou tranquillisants légers : Clonazepam^{MD} (Rivotril^{MD}), Lorazepam^{MD} (Ativan^{MD}), Diazepam^{MD} (Valium^{MD}), Alprazolam^{MD} (Xanax^{MD}), etc. ▪ Alcool, opiacés, cannabis
Dopamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activation et inhibition ▪ Apprentissage, attention, mémoire et réactions émotives ▪ Sensations de plaisir ▪ Mouvements volontaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schizophrénie et troubles psychotiques ▪ Dépression ▪ Maladie de Parkinson ▪ Toxicomanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antipsychotiques ou neuroleptiques : <ul style="list-style-type: none"> – classiques (bloquent les récepteurs) : Halopéridol^{MD} (Haldol^{MD}), Chlorpromazine^{MD} (Largactil^{MD}), etc. – atypiques (bloquent des récepteurs de dopamine et de sérotonine) : Aripiprazole^{MD} (Abilify^{MD}), Risperidone^{MD} (Risperdal^{MD}), etc. ▪ Stimulants (bloquent la recapture) : amphétamines, cocaïne, Méthylphénidate^{MD} (Ritalin^{MD}), etc. ▪ Drogues (sensation de plaisir)
Endorphines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Régulation de la respiration, de la tension artérielle, de la température du corps, de l'appétit et de l'humeur ▪ Inhibition ▪ Soulagement de la douleur ▪ Sensations de bien-être, de compétence et de plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Euphorie du coureur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opiacés (activent les récepteurs) : Oxycodone^{MD} (Percodan^{MD}), Hydrocodone^{MD} (Vicodin^{MD}), Fentanyl^{MD} (Abstral^{MD}), etc.
Glutamate (acide glutamique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activation ▪ Apprentissage, mémoire, pensées et émotions ▪ Sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie d'Alzheimer ▪ Schizophrénie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anesthésiants ▪ Kétamine (phéncyclidine) (bloque les récepteurs)
Noradrénaline	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activation ▪ Régulation des fonctions physiologiques de base et des réactions d'urgence ▪ Apprentissage et mémoire ▪ État d'éveil, d'attention, de vigilance et d'activité ▪ Alimentation et appétit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de l'humeur : dépression et trouble bipolaire ▪ Réaction de panique ▪ Hypervigilance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiolytiques bêtabloquants (bloquent les récepteurs de la noradrénaline) ▪ Lithium (diminue les effets de la noradrénaline) ▪ Antidépresseurs (bloquent la recapture de la noradrénaline) : Venlafaxine^{MD} (Effexor^{MD}), etc. ▶

Neurotransmetteur	Fonctions	Troubles ou phénomènes associés	Médication ou substances associées
Sérotonine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement de l'information ▪ Inhibition ▪ Régulation de l'humeur, des réactions émotives, de l'agressivité, de la satiété et du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression ▪ Troubles des conduites alimentaires ▪ Troubles anxieux ▪ Insomnie ▪ Alcoolisme ▪ Agressivité ▪ Obésité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antidépresseurs (bloquent la recapture de la sérotonine) : Fluoxétine^{MD} (Prozac^{MD}), Paroxétine^{MD} (Paxil^{MD}), Citalopram^{MD} (Celexa^{MD}), Escitalopram^{MD} (Ciprallex^{MD}), etc. ▪ Antipsychotiques atypiques (voir Dopamine)

Source : Adapté de Durand et Barlow (2002), de www.psycom.org/Medicaments et de lecerveau.mcgill.ca.

En résumé, les facteurs biologiques comme le fonctionnement des gènes, de celui du système nerveux, du cerveau, des neurones et des neurotransmetteurs influent fortement sur notre comportement et jouent un rôle important quant à notre vulnérabilité à l'égard des troubles mentaux. Toutefois, ces facteurs biologiques interagissent et sont aussi fortement influencés par d'autres facteurs psychologiques et sociaux.

2.3.2 Les facteurs psychologiques

La dimension psychologique comporte trois types de facteurs : les émotions, les cognitions et les comportements. Ces facteurs et leur influence potentielle sur la santé mentale sont présentés dans cette section.

Les émotions

Il n'est pas facile pour les chercheurs de définir exactement ce que sont les émotions. L'émotion est un état interne temporaire, qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Elle peut être déclenchée par un événement extérieur ou encore par des facteurs intérieurs, souvent inconscients. Selon le psychologue américain Paul Ekman (1992), il existerait six émotions de base ou universelles : la colère, la peur, la tristesse, la joie, le dégoût et la surprise. Ces états émotifs intérieurs, qui peuvent être positifs ou négatifs, sont accompagnés d'une réponse physiologique précise, de pensées subjectives et d'une tendance à agir d'une certaine façon (Belzung, 2007).

Une émotion est donc une source d'information qui nous permet de nous adapter rapidement à une situation, par exemple avec des comportements d'approche ou d'évitement. En fait, l'émotion est vue comme une fonction primaire et instinctive du cerveau, car elle survient rapidement, sans qu'on y pense ou qu'on en soit nécessairement conscient. De plus, les principales régions du cerveau liées aux émotions sont les plus anciennes et primitives. Par exemple, lorsqu'un individu fait face à une situation qui menace potentiellement sa survie, sa réaction est généralement de figer, de fuir ou d'attaquer (*freeze, flight or fight response*), réaction liée à d'anciens instincts de survie (Bracha, 2004; Selye, 1975).

L'humeur, pour sa part, constitue une période émotive ou un moment émotionnel plus persistant. Par exemple, les troubles de l'humeur sont caractérisés

Anxiolytique

Médicament ou substance qui réduit l'anxiété.

Antipsychotique

Médicament ou substance qui réduit l'agitation, la désorganisation, les hallucinations et les idées délirantes souvent associées à la psychose.

Antidépresseur

Médicament ou substance qui améliore l'humeur, diminue l'anxiété et réduit les états dépressifs souvent associés à la dépression.

par un état émotif durable et récurrent de dépression ou d'agitation (manie). Les troubles anxieux sont quant à eux caractérisés par un état émotif durable et chronique où la peur est exagérée et souvent liée à des situations sans danger réel. Ainsi, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur impliquent des difficultés émotives.

Les émotions jouent donc un rôle très important dans la vie quotidienne: elles influencent nos jugements, nos réactions et notre corps, en nous poussant à agir pour nous adapter. Toutefois, bien qu'elles soient essentielles au développement normal, les émotions peuvent aussi contribuer à l'apparition d'un trouble psychologique ou d'une maladie physique (Finney, Stoney et Engebretson, 2002; Gross, 1999; Suarez, Lewis et Kuhn, 2002). En effet, les émotions négatives sont connues pour augmenter les risques de maladies physiques et psychologiques. Si les émotions négatives peuvent constituer des facteurs de risque des troubles psychologiques, les émotions positives pourraient peut-être agir en tant que facteurs de protection.

Les cognitions

Les cognitions font référence aux pensées et aux raisonnements. Autrement dit, une cognition correspond à tout phénomène mental, conscient ou non, qui est lié à la perception, à la pensée, au traitement de l'information, à la mémoire et aux connaissances (Cottraux, 2004; Matlin, 2001). Les événements dans l'environnement et les événements intérieurs vécus par une personne enclencheront une variété de processus cognitifs (pensées, jugements, etc.) qui vont interagir pour guider la compréhension, les interprétations et les réactions de l'individu par rapport à ces événements (Rescorla, 1988). Ainsi, un même événement engendre chez chaque individu une façon particulière d'y prêter attention, d'en traiter l'information, de l'interpréter et de réagir.

Ces différences cognitives individuelles peuvent avoir un impact important lorsqu'il est question de troubles mentaux. Certains schémas de pensées irrationnelles ou qui déforment la réalité seraient même associés à des troubles psychologiques particuliers (Beck, Emery et Greeberg, 2005; Clark, 2005; Ellis, 1994; 2011; Teachman et Woody, 2004). Par exemple, la tendance à adopter des interprétations pessimistes, décourageantes et irréalistes du monde et de soi, de même que celle à se sentir impuissant face aux difficultés de la vie sont associées à la dépression. Quant à la tendance à adopter des interprétations catastrophiques et liées au danger, celle-ci est plutôt associée aux phobies et au trouble panique. Ainsi, le type de trouble psychologique exprimé par une personne peut parfois fournir un indice du type de distorsions cognitives qu'elle entretient.

L'influence des cognitions sur le comportement n'est pas toujours consciente. En fait, nous possédons la capacité de traiter et d'emmagasiner de l'information, de même que celle d'agir à partir de cette information de façon complètement inconsciente (Bargh et Chartrand, 1999). Par exemple, une personne peut réagir vis-à-vis d'une situation en fonction d'événements de son passé, mais sans pouvoir se rappeler les événements en question (Graf, Squire et Mandler, 1984). Il est donc important de comprendre qu'il est parfois possible que les personnes ne se rendent pas compte de leurs raisonnements automatiques et inconscients, mais que ceux-ci peuvent quand même influencer leur comportement.

Les comportements

Le comportement est l'ensemble des réactions observables d'une personne. Il s'acquiert à travers des processus d'apprentissage en réponse aux stimuli et aux événements présents dans l'environnement. Une personne peut donc apprendre à se comporter ou à réagir d'une certaine façon (schémas ou modèles comportementaux), comme elle peut apprendre à penser d'une certaine façon (schémas cognitifs ou modèles de pensée) ou à ressentir certaines émotions (schémas affectifs ou modèles émotionnels). D'ailleurs, les comportements sont fortement liés aux émotions et aux cognitions; on ne peut les dissocier parce qu'ils forment un tout. Cependant, c'est souvent le comportement qui constitue le premier indice observable de la présence d'un trouble psychologique. Il est donc essentiel de rester attentif à tout changement important chez une personne par rapport à son comportement normal ou encore à l'apparition de comportements inadaptés comme l'isolement, la désorganisation, le manque d'hygiène, le dysfonctionnement social ou professionnel, etc.

Ainsi, la dimension psychologique comporte trois types de facteurs qui interagissent de façon unique chez chaque personne: les émotions, les cognitions et les comportements. Pour illustrer ce fait, prenons l'exemple d'un événement extérieur qui peut survenir dans l'environnement, comme un violent orage. Une personne pourrait penser que c'est très dangereux (cognition), se sentir inquiète (émotion) et aller se mettre à l'abri (comportement), alors qu'une autre pourrait plutôt penser que c'est très divertissant, ressentir de l'excitation et courir à l'extérieur pour profiter du spectacle! Prenons un autre exemple: vous venez de confier quelque chose à votre ami et celui-ci fait un petit sourire. Vous pourriez penser qu'il se moque de vous (cognition), sentir la colère vous envahir (émotion) et commencer à l'engueuler (comportement); mais vous pourriez aussi considérer qu'il s'agit plutôt d'un sourire de gentillesse destiné à vous encourager (cognition), qui vous apaise (émotion) si bien que vous remerciez votre ami de vous avoir écouté (comportement).

La façon dont les facteurs biologiques et psychologiques interagissent aussi avec des facteurs sociaux est décrite ci-après.

2.3.3 Les facteurs sociaux

L'humain est un être social en interaction constante avec son environnement (Grunberg *et al.*, 1999). Dans les lignes suivantes, nous verrons que le développement et l'évolution d'une personne subissent l'influence de ses expériences de vie, de ses relations sociales, de son contact avec les caractéristiques culturelles qui l'entourent, de même que l'influence de ses propres caractéristiques sociales comme son milieu, son sexe et son âge.

Les expériences de vie et le stress

Les événements de vie importants, qu'ils soient positifs ou négatifs, influent sur le développement d'une personne (*l'exercice 2.2, à la page suivante, permet d'évaluer le niveau de stress relié aux diverses expériences de la vie*). La psychopathologie accorde une attention particulière aux agents stressants, qui sont considérés comme des facteurs de risque externes.

EXERCICE 2.2 | L'évaluation du niveau de stress avec l'échelle de stress Holmes-Rahe et l'échelle de Renner et Mackin

Contexte : Thomas Holmes et Richard Rahe ont établi une relation entre les événements de la vie et le degré du stress chez un individu, ainsi que l'impact de ces niveaux de stress sur la santé. Ils ont quantifié leurs observations sur une échelle qui porte leur nom.

Consigne : Encerclez le nombre de points correspondant aux situations que vous avez vécues au cours des 24 derniers mois. Si vous avez vécu d'autres situations ou événements stressants au cours de cette période, notez-les en leur accordant un nombre de points identique à celui d'événements comparables. Additionnez ensuite le total de vos points.

Événement	Niveau de stress	Événement	Niveau de stress
Décès du conjoint	100	Départ de l'un des enfants	29
Divorce	73	Problèmes avec les beaux-parents	29
Séparation	65	Succès personnel éclatant	28
Séjour en prison	63	Début ou fin d'emploi du conjoint	26
Décès d'un proche parent	63	Première ou dernière année d'études	26
Maladies ou blessures personnelles	53	Modification de ses conditions de vie	25
Mariage	50	Changements dans ses habitudes personnelles	24
Perte d'emploi	47	Difficultés avec son patron	23
Réconciliation avec le conjoint	45	Modification des heures et des conditions de travail	20
Retraite	45	Changement de domicile	20
Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	44	Changement d'école	20
Grossesse	40	Changement du type ou de la quantité de loisirs	19
Difficultés sexuelles	39	Modification des activités religieuses	19
Ajout d'un membre dans la famille	39	Modification des activités sociales	18
Changement dans la vie professionnelle	39	Hypothèque ou prêt inférieur à un an de salaire	17
Modification de la situation financière	38	Modification des habitudes de sommeil	16
Mort d'un ami proche	37	Modification du nombre de réunions familiales	15
Changement de carrière	36	Modification des habitudes alimentaires	15
Modification du nombre de disputes avec le conjoint	35	Voyage ou vacances	13
Hypothèque supérieure à un an de salaire	31	Noël	12
Saisie d'hypothèque ou de prêt	30	Infractions mineures à la loi	11
Modifications de ses responsabilités professionnelles	29		

Source : Adapté de Rahe et Holmes (1967).

Interprétation : Le total obtenu correspond à un niveau de stress qui détermine le degré d'influence négative que les situations vécues peuvent avoir sur la santé d'une personne. Plus le niveau de stress obtenu est élevé, plus elle risque de voir apparaître des modifications significatives de son état de santé général. Les pourcentages indiquent donc le niveau de risque de voir apparaître de tels changements dans l'année qui suit les événements.

- Moins de 150 = stress modéré, peu de risque de voir apparaître un changement significatif dans l'état de santé;
- 150 à 190 = stress assez élevé, 37 % de risque de voir apparaître un changement significatif dans l'état de santé;
- 200 à 299 = stress élevé, 51 % de risque de voir apparaître un changement significatif dans l'état de santé;
- 300 et plus = stress très élevé, 79 % de risque de voir apparaître un changement significatif dans l'état de santé.

Voici une autre échelle de stress, plus adaptée pour les étudiants et les jeunes adultes. On comptabilise les points selon le niveau de stress perçu.

Événement	Niveau de stress	Événement	Niveau de stress
Subir un viol	100	Parler devant la classe	72
Découvrir que vous êtes séropositif (sida)	100	Manquer de sommeil	69
Être accusé de viol	98	Connaître des problèmes de logement ou déménagement	69
Apprendre la mort d'un ami	97	Performer en public	69
Apprendre la mort d'un proche de votre famille	97	Se battre	66
Contracter une infection transmise sexuellement (autre que le sida)	94	Vivre des difficultés avec un colocataire	66
Craindre d'être enceinte	91	Subir des changements liés à l'emploi (applications, nouvel emploi ou problèmes)	65
Affronter une semaine d'examens de fin de session	90	Éprouver des difficultés à propos de vos projets d'avenir	65
Craindre que votre partenaire soit enceinte	90	Détester un cours	62
Ne pas se réveiller le matin d'un examen	89	Consommer de l'alcool ou des drogues	61
Échouer à un cours	89	Être en conflit avec un professeur	60
Apprendre l'infidélité de votre partenaire	85	Commencer une nouvelle session	58
Mettre fin à une relation amoureuse stable	85	Aller à un premier rendez-vous « amoureux »	57
Apprendre qu'un ami ou un membre de votre famille est gravement malade	85	S'inscrire dans une institution scolaire	55
Éprouver des difficultés financières	84	Maintenir une relation amoureuse stable	55
Écrire un travail de session important	83	Se déplacer (voyager) pour aller à l'école ou au travail	54
Être pris en train de tricher à un examen	83	Subir les pressions de vos proches	53
Conduire en état d'ébriété	82	Quitter la maison familiale	53
Se sentir débordé au travail ou à l'école	82	Être malade	52
Avoir deux examens le même jour	80	Être inquiet de son apparence	52
Tromper votre partenaire	77	Avoir les meilleures notes à l'école	51
Se marier	76	Suivre un cours difficile que vous aimez	48
Subir les conséquences négatives de la consommation d'alcool ou de drogue	75	Se faire de nouveaux amis, bien s'entendre avec ses amis	47
Apprendre que votre meilleur ami est en dépression ou en crise	73	Subir des rites d'initiation en début de session	47
Éprouver des difficultés avec vos parents	73	S'endormir en classe	40

Source : Traduction libre de Renner et Mackin (1998).



Les facteurs interpersonnels et les relations sociales peuvent être des facteurs de risque ou de protection importants par rapport aux problèmes de santé mentale.

Parmi ces stressseurs, on peut citer les mauvais traitements subis dans l'enfance ou les expériences difficiles comme être victime d'intimidation, avoir un accident de voiture, perdre son emploi, vivre une séparation ou le décès d'un proche, etc. Des expériences de vie positives, comme un mariage ou une grossesse, peuvent aussi agir comme des stressseurs et constituer un facteur de risque. Dans certains cas, il est possible qu'une situation perçue comme globalement positive déclenche quand même un stress important et, inversement, qu'une situation perçue comme négative permette plutôt une diminution du niveau général de stress. De telles variations sur le stress peuvent modifier les impacts de ces événements.

Les relations interpersonnelles et sociales

Les relations avec les autres et la façon d'interagir avec eux jouent aussi un rôle très important dans le développement et l'évolution d'une personne. L'individu apprend en entrant en contact avec son entourage social, et ce contact peut être positif, négatif ou même parfois inexistant. Par exemple, une personne qui entretient une belle relation avec son père se développera différemment d'une personne qui a une relation conflictuelle et violente avec son père, ou d'une autre qui ne l'a jamais connu. Par ailleurs, des recherches ont montré que les relations sociales positives et offrant du soutien semblent être un facteur de protection contre une grande variété de troubles physiques et psychologiques. Ainsi, on a établi un lien entre le fait d'avoir des relations sociales nombreuses, fréquentes et enrichissantes et une meilleure espérance de vie (Berkman et Syme, 1979; House, Robbins et Metzner, 1982; Schoenbach *et al.*, 1986), ainsi que l'adoption de comportements sains (House, Landis et Umberson, 1988; Leserman *et al.*, 2000). Les bienfaits des relations positives s'appliquent même lorsqu'il s'agit d'une relation avec un animal de compagnie (Allen, Blascovitch et Mendes, 2002; Ruckert, 1994; Saylor, 1998).

Les caractéristiques culturelles

Les croyances, les valeurs et les coutumes en vigueur dans une culture influencent la vie d'une personne qui en fait partie. L'exemple qui suit peut sembler incroyable: si vous étiez né en 1990 dans une tribu nomade de Somalie, vous considéreriez probablement la mutilation génitale des femmes et le mariage forcé comme normaux et souhaitables. Vous risqueriez d'ailleurs de vivre ces expériences vous-même. De plus, le mode de vie des Occidentaux vous semblerait complètement insensé.

Nous avons vu, au chapitre 1, que le contexte culturel peut influencer le domaine de la santé mentale. Ainsi, les critères utilisés pour définir un comportement anormal, les types de troubles psychologiques répertoriés, les symptômes exprimés par les personnes touchées et la façon de percevoir et de soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale varient d'une culture à l'autre (voir la rubrique *En Relief* de la page 8 et le tableau 1.1 du chapitre 1).

Les caractéristiques sociales

Des caractéristiques liées au milieu, au sexe et à l'âge influencent également le comportement d'une personne, que celui-ci soit normal ou non.

Le milieu dans lequel une personne évolue peut influencer sur son comportement et ses risques d'être atteinte d'un trouble psychologique. Certaines caractéristiques du milieu social comme le niveau socioéconomique peuvent agir sur la vulnérabilité d'un individu. Ainsi, la prévalence des maladies mentales est souvent plus élevée dans les milieux socioéconomiques défavorisés (Hansell et Damour, 2005; Richters, 1993). Toutefois, cette information peut être matière à débat, puisque les conditions socioéconomiques précaires impliquent souvent la présence de problèmes sociaux dans le milieu, comme la pauvreté, la violence, le manque d'éducation ou encore la toxicomanie. Ce sont donc plutôt ces problèmes qui constitueraient des facteurs de risque en ce qui a trait aux troubles de santé mentale. Par ailleurs, certains troubles sont plus fréquents dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, notamment les troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie et la boulimie. Enfin, d'autres troubles sont plus fréquents en milieu urbain qu'en milieu rural, comme c'est le cas pour la schizophrénie chez les hommes (Lewis *et al.*, 1992).

Le sexe, l'identité de genre (se considérer comme un garçon ou une fille), de même que les rôles et stéréotypes sexuels (agir comme un homme ou une femme) influent également sur la façon dont une personne se comporte. Les comportements attendus sont très différents pour chaque sexe. Par exemple, on s'attend communément à ce que la fille et la femme soient plus émotives et communicatives, alors que le garçon et l'homme doivent être plus forts et actifs. De plus, le sexe d'une personne peut influencer sur sa vulnérabilité par rapport aux troubles psychologiques (APA, 2015). D'abord, le sexe peut déterminer si une personne peut être atteinte ou non de certains troubles spécifiques à un sexe (comme la dépression post-partum chez les femmes ou le trouble de l'érection chez l'homme). Ensuite, le sexe d'une personne peut augmenter ou diminuer le risque de présenter certains troubles psychologiques, puisque plusieurs ont des prévalences inégales selon les sexes. Autrement dit, certains troubles sont plus fréquents chez les femmes et d'autres chez les hommes. Ainsi, on trouve davantage de troubles internalisés comme la dépression et l'anxiété chez les femmes, et davantage de troubles externalisés comme la délinquance et la toxicomanie chez les hommes. En effet, les deux tiers des dépressions majeures sont vécus par des femmes (Hasin *et al.*, 2005), et cette différence existe dans plus de 10 pays à travers le monde, dont le Canada (Andrade *et al.*, 2003). Enfin, le sexe peut influencer sur l'expression de certains symptômes d'un trouble chez les individus, et ce, en fonction des attentes culturelles liées à chaque sexe. Par exemple, la peur et la tristesse peuvent parfois être un peu plus acceptées chez la femme que chez l'homme, alors que c'est le contraire pour la colère et l'agressivité. Les hommes et les femmes peuvent donc être plus enclins à exprimer et à reconnaître certains types de symptômes plus couramment associés à leur sexe.

L'âge d'une personne est aussi un facteur d'influence important. En effet, l'influence des autres facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur les troubles physiques et mentaux varie avec l'âge. Par exemple, on considère que les personnes âgées forment un groupe à risque plus élevé. Des chercheurs

ont trouvé que des personnes âgées avec un faible réseau de soutien social et peu de contacts avec leurs proches présentent de hauts taux de dépression et d'insatisfaction quant à leur qualité de vie (Grant, Patterson et Yager, 1988). L'influence de l'âge et des différentes étapes traversées dans la vie est aussi considérée dans la perspective développementale.

2.3.4 La perspective développementale

Une dernière source d'influence très importante est le temps. Au fil du temps, beaucoup de choses changent, évoluent, arrivent à maturité, etc. Ces changements se produisent autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la personne. En effet, au cours de son existence, un individu traverse plusieurs périodes de développement marquées par certaines expériences particulières. Des théories du développement ont été proposées par plusieurs auteurs, comme la théorie du développement psychosexuel de Freud, la théorie du développement psychosocial d'Erikson ou encore la théorie du développement cognitif de Piaget.

Par exemple, selon la théorie du développement psychosocial d'Erikson (1982), une personne vit des changements développementaux importants à tous les moments de sa vie, c'est-à-dire de sa naissance à sa mort, de même qu'elle traverse, au cours de son existence, huit crises développementales majeures. De plus, à l'intérieur de chaque grande période de développement, l'individu traverse des périodes critiques, des moments où il est plus réactif ou plus sensible à certaines situations ou à certains types d'influence sur le comportement. Ainsi, notre environnement et notre façon d'y réagir différeront selon l'âge, le niveau de développement ou tout simplement selon le moment.

Les problèmes de santé mentale subissent, eux aussi, les influences développementales : ils évoluent au cours des diverses périodes de la vie. Certains professionnels de la psychopathologie comme Galambos et Leadbeater (2002) dénoncent le fait que le trouble psychologique soit trop souvent considéré d'une façon statique dans le temps. Ainsi, la psychopathologie mérite d'être étudiée selon son évolution dans le temps, de même qu'à travers les différentes périodes développementales tout au long de la vie, de la naissance à la mort (APA, 2015). Cela permet de voir, à chaque étape, comment l'évolution d'un individu et ses expériences peuvent influencer sa vulnérabilité à présenter un trouble psychologique (Rutter, 2002).

Le tableau 2.3 résume les grandes périodes développementales, leurs caractéristiques ainsi que les troubles pouvant leur être associés.

Dans cet ouvrage, l'approche intégrée est utilisée pour mettre en évidence l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et développementaux du comportement. Grâce à un tel processus, il est possible, notamment, de révéler la vulnérabilité d'un individu par rapport aux problèmes de santé mentale à l'aide de l'analyse des facteurs de risque et de protection. Il est également possible de décrire les troubles psychologiques, leurs facteurs explicatifs et leurs traitements selon un modèle multifactoriel. L'exercice 2.3, à la page 66, permet de vérifier la compréhension des différents facteurs qui influent sur le comportement selon l'approche intégrée.

Tableau 2.3 La perspective développementale

Période de développement	Apprentissages critiques et stades de développement	Exemples de réactions courantes	Exemples de troubles potentiels
Petite enfance (0-2 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus d'individuation ▪ Lien d'attachement parent-enfant ▪ Sevrage ▪ Marche ▪ Langage ▪ Stades du développement psychosexuel (Freud) : 1) stade oral ; 2) stade anal ▪ Stades du développement psychosocial (Erikson) : 1) confiance ou méfiance ; 2) autonomie ou doute et honte ▪ Stade du développement cognitif (Piaget) : 1) stade sensorimoteur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angoisse de séparation ▪ Peur de l'étranger 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles des conduites alimentaires ▪ Troubles de l'attachement ▪ Troubles des habiletés motrices ▪ Troubles du spectre de l'autisme
Enfance ou âge préscolaire (2-5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprentissage de la propreté ▪ Affirmation de soi ▪ Identification sexuelle ▪ Stade du développement psychosexuel (Freud) : 3) stade phallique ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 3) initiative ou culpabilité ▪ Stade du développement cognitif (Piaget) : 2) stade préopératoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opposition, crise de colère, agressivité ▪ Séduction du parent du sexe opposé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles du contrôle sphinctérien (énurésie, encoprésie) ▪ Troubles de la communication et du langage
Âge scolaire (5-12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habiletés scolaires ▪ Socialisation : habiletés sociales, identification aux pairs de même sexe, amitiés ▪ Stade du développement psychosexuel (Freud) : 4) période de latence ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 4) travail ou infériorité ▪ Stade du développement cognitif (Piaget) : 3) stade des opérations concrètes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angoisse de performance ▪ Conflits avec les pairs, intimidation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles anxieux (anxiété de séparation, anxiété sociale) ▪ Handicap intellectuel ▪ Troubles spécifiques des apprentissages ▪ Trouble déficit de l'attention ▪ Troubles du comportement
Adolescence (12-18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puberté et acceptation de son corps ▪ Identité personnelle et vocationnelle ▪ Réaménagement des relations sociales : fréquentations amoureuses, intimité sexuelle, groupes d'amis, individuation et séparation d'avec les parents ▪ Stade du développement psychosexuel (Freud) : 5) stade génital ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 5) identité ou diffusion de rôle ▪ Stade du développement cognitif (Piaget) : 4) stade des opérations formelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complexes corporels, régimes, entraînement ▪ Ambivalence identitaire et vocationnelle ▪ Occasions de prendre de l'alcool et des drogues ▪ Décrochage scolaire ▪ Conflits avec les parents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) ▪ Dépression et suicide ▪ Troubles de l'usage d'une substance (abus, intoxication, dépendance, sevrage et troubles induits) ▪ Délinquance

Période de développement	Apprentissages critiques et stades de développement	Exemples de réactions courantes	Exemples de troubles potentiels
Jeune adulte (18-35 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Départ de la maison des parents ▪ Relations intimes ▪ Rôles majeurs : conjoint, parent et travailleur ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 6) intimité ou isolement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambivalence et conflits de rôles ▪ Déclin de la satisfaction conjugale après un certain temps ▪ Adaptation difficile aux transitions de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de l'humeur ▪ Troubles anxieux ▪ Schizophrénie ▪ Troubles de la personnalité
Âge adulte moyen (35-60 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement familial, social et professionnel ▪ Préparation à la retraite ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 7) générativité ou stagnation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Fatigue ▪ Crise du milieu de vie ▪ Syndrome du nid désert : départ du dernier enfant ▪ Prise en charge des parents âgés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de l'adaptation et épuisement professionnel ▪ Alcoolisme
Âge adulte avancé (60 ans et plus)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation au vieillissement physique et à la perspective de la mort ▪ Rôle de grands-parents ▪ Retraite ▪ Stade du développement psychosocial (Erikson) : 8) intégrité personnelle ou désespoir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Inconfort, douleur ou invalidité physique ▪ Perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles cognitifs ▪ Dépression

Source : Adapté de Bee et Boyd (2011), Dumas (1999), Erikson (1982) et d'un tableau réalisé par Nora Robichaud, professeure retraitée de psychologie au Cégep de Saint-Jérôme (2004).

EXERCICE 2.3 | L'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial

Associez chaque énoncé aux facteurs ou à la perspective développementale de l'approche intégrée suivants :

- | | |
|--|---|
| A Les facteurs biologiques | D Les facteurs psychologiques liés aux comportements |
| B Les facteurs psychologiques liés aux émotions | E Les facteurs sociaux |
| C Les facteurs psychologiques liés aux cognitions | F La perspective développementale |

1. La toxicomanie pourrait être liée à l'apprentissage d'habitudes de consommation qui ont été renforcées par des conséquences agréables.
2. Le trouble de personnalité borderline pourrait être lié à des relations interpersonnelles et à un milieu familial dysfonctionnels.
3. La schizophrénie pourrait être liée à un dysfonctionnement neurologique de la dopamine.
4. Les crises de panique pourraient être liées à des raisonnements catastrophiques comme la fausse croyance d'être en train de mourir.
5. Le handicap intellectuel a parfois été lié à un manque de stimulation et de la négligence parentale lors de la période critique de la petite enfance.
6. La dépression pourrait être liée à des sentiments refoulés de colère et de tristesse.
7. La dépression pourrait être liée au fait de traverser une étape de transition vers la fin de vie qui nécessite une adaptation aux conséquences du vieillissement et à l'approche de la mort.

8. La dépression pourrait être liée à des influences génétiques.

9. Le trouble stress post-traumatique pourrait être lié au fait d'avoir vécu une expérience particulièrement difficile et traumatisante comme la guerre.

10. Le trouble déficit de l'attention pourrait être lié au fonctionnement du lobe frontal du cerveau.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

EXERCICE 2.4 | Mon approche intégrée : interaction de mes facteurs de risque et de mes facteurs de protection biologiques, psychologiques et sociaux

En vous inspirant de la lecture de ce chapitre, de la figure 2.1 et de vos réponses à l'exercice 2.1, faites votre propre schéma de l'approche intégrée. Pour chaque type de facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux), identifiez vos facteurs de risque, mais aussi vos facteurs de protection et des facteurs de prévention que vous pourriez adopter.

2.4 La santé mentale, la prévention et l'hygiène de vie

La **prévention** vise à diminuer l'apparition, la fréquence et la durée des troubles psychologiques (Stip et Godefroid, 1993). On peut prévenir les problèmes de santé mentale ou diminuer leurs impacts en favorisant le maintien d'un certain équilibre psychologique. Selon le modèle de la vulnérabilité, il importe de diminuer le plus possible les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection présents dans la vie d'un individu ou d'en augmenter le nombre, comme en développant une bonne hygiène de vie. Le concept d'hygiène de vie fait référence à l'adoption de saines habitudes qui favorisent le maintien d'une bonne santé physique et psychologique, et qui contribuent au bien-être individuel et collectif. L'adoption de bonnes habitudes, notamment l'exercice physique, la saine alimentation, le contact avec la nature, les bonnes relations avec autrui, les loisirs, la relaxation et la gestion du stress, la vie spirituelle et l'altruisme, peut être une excellente mesure de prévention; elle peut aussi constituer un traitement efficace dans le cas de plusieurs psychopathologies (Walsh, 2011).

Il est donc possible d'adopter plusieurs mesures dans le but de favoriser la prévention et d'acquérir une meilleure hygiène de vie. Voici quelques suggestions associées aux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Prévention

Ensemble des mesures prises pour diminuer l'apparition, la fréquence et la durée des maladies (dont les troubles psychologiques) en améliorant l'équilibre psychologique et l'hygiène de vie d'un individu, d'un groupe ou d'une société.

2.4.1 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs biologiques

Pour ce qui relève des facteurs de protection biologique, il est possible d'adopter de bonnes habitudes concernant le sommeil, la consommation, l'activité physique et la relaxation. Ainsi, il est conseillé d'avoir des heures de sommeil régulières, d'éviter les activités stimulantes avant d'aller dormir, de se réveiller lentement et de s'étirer, etc. Il importe aussi d'avoir une alimentation de qualité et en quantité adéquate, de s'hydrater plusieurs fois par jour, ainsi

Biofeedback

Technique qui consiste à créer une rétroaction à l'aide de certains appareils ou de la visualisation et qui vise à prendre conscience, puis à apprendre à contrôler certains phénomènes et réactions physiques, afin de réduire les facteurs de risque physiologiques associés au stress et à l'anxiété.

que d'éviter la consommation abusive de substances nocives pour la santé (comme la malbouffe, le tabac, les médicaments, l'alcool ou les drogues). Une vaste étude menée auprès de plus de 20 000 personnes âgées de 45 à 79 ans a montré que quatre saines habitudes de vie augmentent l'espérance de vie d'environ 14 ans (Khaw *et al.*, 2008). Ces quatre habitudes consistent à : 1) s'abstenir de fumer; 2) consommer des fruits et des légumes; 3) éviter l'alcool; 4) pratiquer des activités physiques. En ce qui concerne l'activité physique, il est recommandé de pratiquer des exercices comportant un effort cardiovasculaire ou d'endurance au minimum 30 minutes par jour. Enfin, des recherches ont montré que la relaxation, la pratique du yoga, les exercices de respiration et les techniques de rétroaction biologique, ou **biofeedback**, permettent d'atteindre un état physiologique contraire à celui qui est lié au stress (André, 2010; Guégen, 2010).

Le biofeedback

Le *biofeedback* (ou rétroaction biologique) est une technique visant à augmenter la conscience d'un individu de ses propres fonctions physiologiques, habituellement inconscientes, comme le rythme cardiaque, la respiration ou encore les tensions musculaires qui touchent différentes parties du corps,

etc. (Andrasik, 2000). Cette technique fait appel à différents moyens biométriques qui permettent de rendre une fonction physiologique audible grâce à un haut-parleur ou encore visible sur un écran. La personne (souvent accompagnée d'un thérapeute) peut ainsi apprendre à maîtriser la ou les fonctions physiologiques ciblées. Chaque succès vécu par l'individu dans ses tentatives de maîtriser ses fonctions physiologiques est souligné à l'aide d'un signal quelconque. Par exemple, si un patient réussit à ralentir son rythme cardiaque en atteignant une cible, la lecture électronique de son cœur s'affiche à l'écran et une tonalité est émise. Un des objectifs du *biofeedback* est de prendre conscience et d'apprendre à contrôler certaines réactions physiques afin de réduire les facteurs de risque physiologiques associés au stress et à l'anxiété.



Le *biofeedback* apporte un soulagement à certaines personnes que la relaxation ne procure pas, et inversement. C'est pour cette raison que la combinaison de ces deux techniques est une stratégie de traitement qui semble avoir de nombreux effets positifs et durables.

Par exemple, la respiration est un bon indice physique de l'état psychologique au moment présent. Elle s'accélère et devient superficielle sous l'effet du stress et de l'anxiété, alors qu'elle ralentit et devient plus profonde lorsque l'individu est en état d'équilibre. Il est donc indiqué de prêter attention à sa respiration et d'apprendre à la maîtriser. Il est possible de recourir à divers outils de *biofeedback* et de pratiquer des exercices de respiration comme la respiration lente et profonde ou la respiration abdominale.

La relaxation

On peut également recourir à plusieurs techniques de relaxation, seules ou combinées, pour améliorer son hygiène de vie. La relaxation musculaire progressive, une technique conçue par Edmund Jacobson en 1938, amène la

EXERCICE 2.5 | La relaxation musculaire progressive (adaptation de la méthode Jacobson [1938])

La technique est simple : il s'agit d'alterner entre la contraction intense d'un groupe de muscles et son relâchement soudain. Cela vous permettra de prendre conscience de la tension dans vos muscles et d'apprendre à la contrôler. Mais surtout, sachez que le contraste obtenu à la suite de l'alternance entre la contraction et le relâchement comporte des bienfaits physiques et psychologiques qui vous aideront à atteindre une relaxation musculaire profonde. Enfin, cet exercice est si simple qu'on peut le faire n'importe quand et n'importe où : le soir avant de vous endormir, devant votre poste de travail, pendant un examen stressant, lors d'une longue réunion, etc.

- A** Installez-vous confortablement : couché sur le dos, les jambes écartées, les bras le long du corps et les paumes tournées vers le haut, ou encore assis, les pieds à plat au sol et les mains sur les cuisses.
- B** Prenez trois grandes inspirations, lentes et profondes.
- C** Pensez à un groupe de muscles et contractez-les très fort (tendez les muscles le plus fort possible sans vous faire mal). Tenez pendant 10 secondes, puis relâchez subitement.
- D** Ressentez l'effet obtenu, concentrez-vous sur les sensations présentes dans le groupe de muscles que vous relâchez complètement.
- E** Recommencez avec un autre groupe de muscles.

Voici une suggestion de 10 contractions à effectuer, mais vous pouvez créer les vôtres !

1. Les mains et les avant-bras en serrant les poings (contractez très fort pendant 10 secondes, puis relâchez tout d'un coup et observez le résultat).
2. Les bras et les épaules, en les serrant près du corps.
3. Le ventre et les abdominaux, en les durcissant.
4. Les fesses et le bas du dos, en les rentrant.
5. Les cuisses, en redressant les pieds.
6. Les mollets et les pieds, en fléchissant les pieds.
7. Le haut du dos, en serrant les omoplates ensemble et vers le bas.
8. Le cou et la mâchoire, en faisant une grimace ou un sourire forcé.
9. Le nez et les joues, en les fronçant.
10. Les yeux et le front, en les plissant.

Bonne relaxation !

personne à augmenter sa conscience des tensions musculaires présentes dans l'ensemble de son corps et à réagir en décontractant de façon volontaire certains groupes de muscles. De nos jours, cette technique peut être enseignée à des patients qui présentent des troubles psychologiques, mais elle est rarement utilisée seule dans un contexte thérapeutique (Bernstein, Borkovec et Hazlett-Stevens, 2000). D'autres techniques font appel à la concentration sur une partie du corps, sur une image ou encore sur une pensée particulière. Cette attention dirigée est souvent accompagnée d'une respiration lente et profonde.

2.4.2 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs psychologiques

En ce qui concerne les facteurs de protection psychologiques, il est possible d'améliorer les stratégies adoptées pour gérer les pensées, les émotions et les comportements. Il importe d'acquérir diverses aptitudes liées à une meilleure gestion du stress, comme la maîtrise des pensées irrationnelles, la capacité de méditer ou encore d'autres aptitudes favorisant les capacités d'adaptation et la santé mentale.

La maîtrise des pensées irrationnelles

Les attitudes et les décisions découlant d'une évaluation subjective des situations quotidiennes peuvent constituer des facteurs de risque ou de protection importants en santé mentale. Par conséquent, il est important pour une personne de réaliser comment elle peut parfois amplifier les effets négatifs des événements vécus au jour le jour et d'apprendre comment améliorer cette situation en travaillant sur ses pensées. Par exemple, lors d'une thérapie cognitive, le thérapeute travaille avec son patient dans le but de l'aider à adopter des attitudes et des aptitudes qui lui permettront d'évaluer de façon plus réaliste des situations de la vie courante (voir l'étude de cas suivante). Une personne peut donc tenter de reconnaître ses pensées irréalistes et négatives, pour ensuite acquérir de nouvelles habiletés cognitives qui lui permettront de mieux évaluer les situations et d'adopter de nouvelles attitudes. Cette méthode peut être utile et efficace au moment où surviennent des pensées négatives, stressantes ou anxiogènes. Le tableau 2.4 présente 10 croyances irrationnelles fréquentes.

Étude de CAS

Vers une meilleure perception de la réalité

Judith, âgée de 35 ans, est agente immobilière.

Judith : «Ma mère me téléphone toujours au beau milieu d'une activité importante, ce qui me met chaque fois en colère. Du coup, je trouve que je suis brusque avec elle.»

Thérapeute : «Examinons ce que vous venez de dire sous un autre angle. Quand vous dites que votre mère vous dérange toujours au milieu d'une activité importante, est-ce que cela signifie qu'une telle situation se produit 100 % du temps ? Si vous prenez le temps de bien y penser, dans quelle proportion exactement votre mère vous dérange-t-elle au milieu d'une activité importante ?»

Judith : «Eh bien... Si je me souviens bien de ses 10 derniers appels téléphoniques, j'étais généralement en train de lire ou de regarder la télévision. Je me rappelle qu'un soir, j'étais en train de cuisiner, et j'ai brûlé mon repas parce que ma mère m'a dérangée. Je me souviens aussi d'une autre fois où je travaillais à des dossiers que j'avais apportés du bureau quand elle a appelé. Au total, cela doit plutôt faire 20 % du temps, sans doute...»

Thérapeute : «Bien ! Continuons à approfondir la question. Qu'arrive-t-il quand votre mère appelle à un moment inapproprié ?»

Judith : «Une de mes premières pensées est qu'elle accorde peu d'importance à ce que je fais, qu'elle ne

s'en soucie pas. Mais avant que vous ajoutiez quoi que ce soit, je pense que c'est une mauvaise évaluation puisqu'elle ignore ce que je suis en train de faire au moment où elle appelle... Mais ça ne change pas le fait qu'il s'agit d'une interruption ennuyeuse et que, lorsque cela se produit, je me sens improductive.»

Thérapeute : «Poursuivez. Quels sont exactement les risques qu'entraîne cette interruption ?»

Judith : «Lorsque je travaille et que je suis interrompue, j'oublie où j'en suis et il me faut plus de 10 minutes pour retrouver ma concentration et reprendre ma tâche. Mais bon... ce n'est sans doute pas si catastrophique que ça. Après tout, il ne s'agit que de 10 minutes dans une vie. Et quand je parle de mon souper calciné, en fait, il n'était qu'un peu brûlé. Au moins une partie de ce qui est arrivé est de ma faute, puisque j'aurais dû baisser l'intensité de la chaleur avant de répondre au téléphone.»

Thérapeute : «Donc, à vous écouter parler, il semble qu'il est peu probable qu'une interruption soit grave et vous rende improductive même si votre mère vous dérange lorsqu'elle vous appelle.»

Judith : «C'est bien vrai. Je sais aussi ce que vous allez dire ensuite. Même s'il s'agissait d'interruptions graves ayant des conséquences importantes, ce n'est pas la fin du monde. Je suis habituée à relever des défis plus importants au bureau !»

Tableau 2.4 Les 10 croyances irrationnelles d'Ellis

1. Le besoin d'approbation. « J'ai besoin d'être aimé et approuvé par tout le monde. »	6. L'angoisse. « Si quelque chose semble effrayant, menaçant ou dangereux, il faut aussitôt que je m'inquiète, que je sois préoccupé et bouleversé. »
2. Le perfectionnisme. « Je dois réussir, me surpasser et être parfait tout le temps. »	7. L'irresponsabilité. « Il est plus facile d'éviter les responsabilités et les difficultés de la vie que d'y faire face en développant la maîtrise de soi et la discipline personnelle. »
3. La faute aux autres. « C'est toujours les autres qui font mal les choses ou qui sont mauvais. Ils devraient être punis. »	8. Le passé. « Mon passé a beaucoup d'importance. C'est à cause de ce que j'ai vécu dans le passé que je me sens mal et que j'agis comme je le fais. »
4. La catastrophe. « Si jamais les choses ne vont pas comme je veux, c'est épouvantable, terrible, horrible, insupportable... La vie est catastrophique. »	9. La solution. « La vie devrait être meilleure. C'est terrible de ne pas trouver de solution parfaite à tous mes problèmes. »
5. La victimisation. « Mon malheur vient de causes extérieures sur lesquelles je n'ai aucun pouvoir. Je suis une victime impuissante et je ne peux donc pas contrôler mes émotions et ma souffrance. »	10. L'inertie. « Je veux être bien tout le temps, sans rien faire. Nous devrions pouvoir vivre sans souffrir, sans faire d'effort et sans s'engager. »

Source : Ellis (2011).

EXERCICE 2.6 | Faites face à vos croyances irrationnelles

Examinez la liste présentée dans le tableau 2.4. Quelles croyances irrationnelles croyez-vous avoir ? En avez-vous d'autres ? Que pensez-vous des personnes qui vous entourent, de la vie et de vous-même ? Demandez-vous si ces pensées sont utiles ou non.

- Identifiez vos croyances irrationnelles : analysez votre discours intérieur, ce que vous vous dites à vous-même. Portez une attention particulière aux pensées qui impliquent les expressions comme « toujours », « jamais », « on dit que » ou « il faut que » [par exemple : « je ne vais jamais réussir ce cours »]. Votre discours intérieur vous semble-t-il irréaliste, pessimiste, exagéré ou autre ?
 - La vérité. Est-ce que c'est vrai ? Qui a dit ça ? Quels sont les faits, les preuves ?
 - La santé. Mes croyances sont-elles bonnes ? Bonnes pour le moral, pour la santé physique, pour l'estime de soi, pour la motivation ?
 - L'utilité. Mes croyances me sont-elles utiles ? M'aident-elles ? Me font-elles avancer ?
- Remplacez votre croyance irrationnelle (ou vos croyances irrationnelles) par une croyance rationnelle plus vraie, saine et utile. Par exemple : « Si j'investis du temps et des efforts, je peux réussir ce cours. »

Source : Adapté d'Ellis (2011) et de Desrosiers (2011).

La méditation

Des exercices quotidiens de méditation peuvent aider à apprendre à mieux gérer le stress et à améliorer son état psychologique. Il est donc suggéré de prendre un moment chaque jour pour s'arrêter, fermer les yeux et observer sans juger ce qui se passe à l'intérieur de soi : la respiration, le niveau de tension musculaire, les sensations corporelles, les pensées, etc. Par exemple, on peut s'exercer à laisser passer ses pensées ou encore à se concentrer sur des pensées ou des images positives. Les personnes qui disent méditer quotidiennement de 10 à 20 minutes soutiennent qu'elles se sentent plus calmes et détendues durant la journée. Les étapes simples de cette technique peuvent s'avérer très efficaces pour réduire la libération ou la circulation de certains neurotransmetteurs et hormones du stress, un effet sans doute influencé par une augmentation du sentiment de contrôle de soi (Benson, 1984).

Les professionnels de la médecine et de la psychothérapie s'intéressent de plus en plus à la méditation pleine conscience (*mindfulness*), surtout grâce à ses bienfaits sur la santé psychologique et physique (Larouche, 2009 ; Shapiro et Carlson, 2009). À titre d'exemple, la faculté de médecine de l'Université de Montréal offre maintenant aux étudiants des ateliers qui visent à améliorer la gestion du stress et à apprendre la régulation émotionnelle fondées sur la pleine conscience. La pleine conscience est une manière délibérée d'être attentif à nos propres expériences, en se centrant sur le moment présent et en évitant tout jugement (Kabat-Zinn, 1996). Lors d'une étude sur les effets d'un entraînement de huit semaines à la méditation de pleine conscience et de réduction du stress sur des patients, des améliorations ont été observées entre le début et la fin du traitement, notamment en ce qui a trait aux échelles de stress, de l'humeur et des troubles du sommeil (Carlson et Garland, 2005 ; Labelle, Campbell et Carlson, 2010). Pour plus de détails à ce sujet, voir la rubrique En relief du chapitre 3 : *La présence attentive, la méditation et la santé psychologique*, à la page 85.

EXERCICE 2.7 | La méditation : la respiration du cœur (cohérence cardiaque)

Les adresses suivantes mènent à des séances de méditation d'environ 10 minutes :

1. www.passeportsante.net/fr/AudioVideoBalado/Balado.aspx
2. www.youtube.com/watch?v=ly-UDUmZmqc
3. www.youtube.com/watch?v=X30Y0kC2ZvY
4. www.youtube.com/watch?v=jDYsHFOf2Us

Exercez-vous !

La capacité d'adaptation

Certaines aptitudes peuvent aider une personne à mieux s'adapter à diverses situations et méritent d'être développées et cultivées, comme le sens de l'humour, le sentiment de compétence et d'estime de soi, l'affirmation de soi, la capacité à résoudre les problèmes, les habiletés sociales, la gestion efficace du temps et des priorités, etc. Par exemple, en ce qui concerne la gestion du temps, il est conseillé que la personne établisse des priorités et planifie un horaire d'activités en prenant soin de ne pas oublier de prévoir des pauses dans le travail, des moments libres et des activités de loisir. Il s'agit d'apprendre à donner priorité aux activités importantes et à diminuer l'attention prêtée aux activités non essentielles. Un chercheur s'intéressant au bonheur et à la psychologie positive a montré que les gens semblent plus heureux lorsqu'ils vivent une expérience optimale, c'est-à-dire lorsqu'ils sont complètement absorbés par une activité et que cela leur donne une sensation de bien-être (Csikszentmihalyi, 2004; voir également le chapitre 3). Ainsi, ce chercheur recommande de provoquer l'expérience optimale en choisissant des activités agréables pour le simple plaisir de les faire ou encore pour se lancer des défis qui favorisent le développement de soi.

2.4.3 La prévention et l'hygiène de vie liées aux facteurs sociaux

En ce qui concerne les facteurs de protection sociaux et développementaux, il est possible d'améliorer les conditions environnementales dans lesquelles évolue une personne. Par exemple, une bonne stimulation et des pratiques parentales adéquates constituent des facteurs de protection sociale pour l'enfant (Papalia, Olds et Feldman, 2010). Ainsi, il est important de sensibiliser, de former et de soutenir les parents en matière d'éducation des enfants. Les programmes de prévention et d'intervention précoce en milieu familial et scolaire sont donc à privilégier, tout comme les programmes de prévention qui soutiennent l'individu à diverses étapes spécifiques de la vie, ainsi que ceux qui apportent du soutien aux personnes pour mieux traverser différentes expériences pouvant être plus difficiles. Chez l'adulte, le fait d'avoir un réseau social le plus large et le plus varié possible constitue un important facteur de protection. Il est donc essentiel de créer et d'entretenir des relations d'amitié, de pouvoir compter sur un ou des proches auxquels se confier, ou même d'adopter un animal de compagnie. De plus, la personne peut apprendre à demander de l'aide à ses proches lorsqu'elle en ressent le besoin et à exploiter l'information et les ressources disponibles dans son milieu. Il peut s'agir d'organismes communautaires, de groupes d'entraide ou encore d'une thérapie ou d'éducation en santé mentale. Enfin, l'implication sociale et les activités altruistes sont conseillées: bénévolat, actions citoyennes, sensibilisation sur le plan environnemental, économique, politique ou gouvernemental, mesures de diminution des inégalités sociales, etc.

Ainsi, l'approche intégrée et ses multiples dimensions peuvent être utilisées pour promouvoir la santé mentale et une bonne hygiène de vie.

RÉSUMÉ



Fiche de révision

L'approche intégrée - définition

- Le comportement normal ou anormal ne s'explique pas à l'aide d'un seul modèle ou d'un seul type de facteur. Il résulte plutôt d'une interaction de plusieurs facteurs.
- L'approche intégrée étudie le système d'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant influencer sur le comportement, et ce, dans une perspective développementale. On l'appelle également l'approche systémique, interactionniste ou biopsychosociale.
- Selon l'approche intégrée, la plupart des troubles psychologiques proviennent d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, de même qu'ils peuvent être traités de façon multifactorielle ou multidimensionnelle.
- L'approche intégrée s'intéresse aux facteurs déclencheurs, aux facteurs de risque, aux facteurs de protection et aux facteurs de maintien, qui peuvent influencer la vulnérabilité d'un individu à l'égard des troubles psychologiques.

Les facteurs biologiques - contribution de la génétique

- L'hérédité et les gènes constituent des facteurs de risque ou de protection biologiques qui influent sur le développement, le comportement et les troubles psychologiques. Ceux-ci sont polygéniques, c'est-à-dire qu'ils sont influencés par plusieurs gènes en interaction.
- Les événements dans l'environnement peuvent influencer sur la structure de nos gènes en déterminant, parmi ceux-ci, lesquels seront activés ou non.
- Le comportement normal ou anormal résulte donc d'une interaction complexe et réciproque entre plusieurs gènes et l'environnement.

Les facteurs biologiques - contribution des neurosciences

- Le fonctionnement du système nerveux, du cerveau, des cellules nerveuses et des neurotransmetteurs sont d'autres facteurs biologiques qui influent sur le comportement normal ou anormal.
- Les neurosciences s'intéressent au système nerveux et à son fonctionnement en se basant sur diverses approches telles que l'étude des lésions cérébrales et de leurs effets sur le comportement. Elles s'appuient aussi sur l'observation du fonctionnement du cerveau en action grâce aux nouvelles technologies d'imagerie cérébrale.
- Certaines altérations du cerveau ou de son fonctionnement ainsi que le dysfonctionnement de certains systèmes de neurotransmetteurs ont été associés à l'apparition de plusieurs troubles psychologiques.

Les facteurs psychologiques - les émotions

- L'émotion est un état intérieur temporaire en réponse au contexte ou à un événement dans l'environnement; elle est accompagnée d'une réponse physiologique et motive l'action dans un but adaptatif.
- Les émotions peuvent contribuer à la psychopathologie. L'humeur, une période émotionnelle plus persistante ou durable, joue un rôle évident dans certains troubles psychologiques comme les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux.

- Les émotions négatives augmentent les risques de troubles physiques ou psychologiques, alors que les émotions positives ou le contrôle émotionnel pourraient contribuer à les réduire.

Les facteurs psychologiques – les cognitions

- Les cognitions font référence à tout phénomène mental, conscient ou non, en relation avec la perception, la pensée, le traitement de l'information, le raisonnement, la mémoire et les connaissances.
- Un événement dans l'environnement amorce une variété de processus cognitifs (pensées, jugements, etc.) qui interagissent et guident les réactions de la personne. Les individus ont des façons très différentes d'interpréter un même événement.
- Certaines pensées ou certains schémas cognitifs qui sont irrationnels ou qui déforment la réalité seraient associés à des troubles psychologiques particuliers.

Les facteurs psychologiques – les comportements

- Le comportement constitue l'ensemble des réactions observables d'une personne qui s'acquièrent à travers des processus d'apprentissage dans l'environnement.
- Le comportement est souvent le premier indice observable de la présence d'un trouble psychologique. Il est donc essentiel de rester attentif à tout changement important dans le comportement d'une personne.

Les facteurs sociaux

- L'humain est un être social en interaction constante avec son environnement.
- Le développement et l'évolution d'une personne subissent l'influence de divers éléments sociaux: ses expériences de vie, ses relations interpersonnelles et sociales, de même que ses caractéristiques culturelles et sociales.

La perspective développementale

- Au cours de son existence, un individu traverse plusieurs périodes de développement où il vit des expériences particulières et des périodes critiques. Ainsi, l'environnement et la façon d'y réagir sont différents selon l'âge, le niveau de développement ou tout simplement le moment dans la vie d'une personne.
- Les problèmes de santé mentale évoluent aussi au cours des diverses périodes de la vie et méritent d'être étudiés en fonction de leur évolution dans le temps, de même qu'à travers les différentes périodes développementales.

La santé mentale et l'hygiène de vie

- Il est possible de prévenir les problèmes de santé mentale ou de réduire leurs impacts en favorisant le maintien d'un certain équilibre psychologique. Pour ce faire, il convient de diminuer les facteurs de risque et d'augmenter ou de renforcer les facteurs de protection.
- On peut utiliser l'approche intégrée et ses multiples dimensions pour promouvoir la santé mentale et une bonne hygiène de vie.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association canadienne pour la santé mentale

www.cmha.ca/fr
www.acsmmontreal.qc.ca (Montréal)
www.acsm.qc.ca (Québec)
514 849-3291

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)

Pour ceux qui côtoient un proche touché par un problème de santé mentale et qui souhaitent obtenir du soutien et des ressources.
www.aqpamm.ca
514 524-7131

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

www.ffapamm.com
1 800 323-0474

Fondation des maladies mentales

www.fondationdesmaladiesmentales.org
1 888 529-5354

Méditations et exercices guidés téléchargeables

www.passeportsante.net/fr/AudioVideoBalado/Balado.aspx

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale

Ordre des psychologues du Québec

Pour trouver les coordonnées d'un psychologue selon la région, l'approche psychologique, le type de trouble, etc. (N.B. : Certains employés, leurs conjoints et leurs enfants ont accès à des assurances ou à un programme d'aide aux employés qui couvrent les frais de psychothérapie de façon confidentielle. Informez-vous auprès de votre employeur, de celui de votre conjoint ou de votre parent.)
www.ordrepsy.qc.ca
1 800 363-2644

Organisation mondiale de la santé (OMS)

www.who.int/fr

Service Info-social 24 h

Pour parler à un intervenant ou pour une consultation gratuite au CLSC, composer le 811.

Suicide-Action Montréal

www.suicideactionmontreal.com
1 866 APPELLE (1 866 277-3553)

LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE, LE BIEN-ÊTRE ET LE BONHEUR

Par Martin Benny

PLAN DU CHAPITRE

3.1 La santé mentale positive	78
3.1.1 L'épanouissement psychosocial	79
3.1.2 La flexibilité psychologique et la présence attentive	82
3.2 Le bien-être et le bonheur	86
3.2.1 La perspective hédonique	86
3.2.2 La perspective eudémonique	87
3.2.3 Deux grandes perspectives : les débats et les complémentarités	87
3.2.4 Un modèle intégrateur du bien-être et de l'épanouissement : le PERMA	88
3.3 La relation avec soi-même : estime de soi, autocompassion et forces de caractère	92
3.3.1 L'estime de soi et ses limites	92
3.3.2 L'autocompassion et son potentiel	94
3.3.3 Prendre conscience des forces de caractère et les utiliser davantage	97
3.4 Les effets de la santé psychologique et du bien-être	100
3.4.1 Les liens entre l'épanouissement psychosocial, les maladies et l'espérance de vie	100
3.4.2 L'effet durable d'émotions éphémères : la théorie étendre-et-développer	101
3.4.3 Le bonheur et la réussite	102
3.4.4 Les enjeux de la santé psychologique dans le monde du travail	102



Étonnamment, la santé psychologique, le bien-être et le bonheur sont des thèmes de recherche récents en psychologie scientifique. Pourtant, les revues populaires consacrent de nombreux articles à ces sujets et d'innombrables vidéos diffusées entre amis sur Facebook révèlent divers « trucs » destinés à rendre la vie fantastique, libre de stress, d'anxiété ou de peine. En outre, combien de « *coach* de vie » offrent leurs services dans ce but !

Bien que le thème de ce chapitre est loin d'être nouveau ou original, ce n'est que depuis le début du siècle qu'il est devenu l'objet de nombreuses études scientifiques, particulièrement sur l'initiative de Martin Seligman (1999), qui a fait de ces questions du bonheur et de la santé mentale positive une priorité de son mandat comme président de l'Association américaine de psychologie et sur celle de nombreux chercheurs qui unissent leurs efforts pour définir, étudier et mieux comprendre ces dimensions. L'objectif de ce chapitre est de présenter les avancées scientifiques permettant de mieux cerner les notions de santé psychologique, de bien-être et de bonheur.

3.1 La santé mentale positive

Santé mentale positive

État de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, relever les défis auxquels elle est confrontée, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Pour définir le concept de santé mentale positive, une analogie avec la santé physique, généralement plus familière à notre esprit, s'impose : une personne qui n'est pas malade est-elle nécessairement en bonne santé physique ? Non, puisque même en l'absence de maladie, bien des gens font de l'embonpoint, sont sédentaires, ont peu de force et peu d'endurance. Difficile, donc, de les considérer comme étant « en forme ». Selon Corey L. M. Keyes, chercheur en sociologie et en psychologie, plusieurs ont fait l'erreur de croire que la santé mentale n'est rien de plus que l'absence de trouble mental. C'est peut-être pour cette raison que les subventions de recherche et les programmes de santé publique ont largement privilégié la compréhension et le traitement des troubles mentaux (Keyes, 2007 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2009). En effet, pendant longtemps, peu de recherches étaient destinées à mieux comprendre la santé psychologique et à trouver des moyens efficaces de l'améliorer, mais cette lacune s'est atténuée récemment. Heureusement, car s'il a été établi que la bonne forme physique contribue à réduire les risques de souffrir de plusieurs maladies, la santé psychologique diminuerait également le risque de développer des troubles mentaux, en plus d'apporter de précieux avantages. Dans cette section, nous précisons en quoi consiste la **santé mentale positive** (Keyes, 2013c ; Keyes, Dhingra et Simoes, 2010), puis nous présenterons deux conceptions relativement récentes, soit l'épanouissement psychosocial et la flexibilité psychologique, conceptions permettant d'éclairer sur la pratique des professionnels de la santé mentale et sur les principes qui sous-tendent les programmes de santé publique.

Comme le souligne Keyes (2007, p. 97-98), le rapport publié en 2014 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a d'ailleurs témoigné d'un important

changement de perspective en ne conceptualisant plus la santé mentale comme étant l'absence de maladie, mais en la présentant plutôt comme un «état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté». C'est aussi cette définition élargie de la santé mentale que présente le chapitre 1 de ce manuel. De plus, l'expression santé mentale positive est maintenant reprise par divers organismes comme Statistique Canada (Gilmour, 2014), l'Institut canadien d'information sur la santé (2009) et l'Institut de la statistique du Québec (2015).

3.1.1 L'épanouissement psychosocial

Le concept de santé mentale positive n'est pas nouveau, mais il est longtemps demeuré vague. En effet, l'OMS postule depuis 1948 que la santé mentale n'est pas seulement l'absence de maladie mentale, mais qu'elle se caractérise par la présence de quelque chose de positif (Keyes et Michalec, 2009; Provencher et Keyes, 2013b).

Ce n'est que récemment que l'on a proposé une définition suffisamment précise pour pouvoir mesurer la santé mentale positive. Le tableau 3.1, à la page suivante, présente les 13 critères utilisés pour reconnaître cet état. Tout comme dans le diagnostic de la dépression, on trouve ici la combinaison d'une série de critères relatifs à l'absence ou à la présence de plaisir et d'émotions agréables et de critères liés au fonctionnement psychosocial. Ces critères servent à évaluer le bien-être émotionnel, le fonctionnement psychologique et le fonctionnement social de l'individu. Pour recevoir un diagnostic d'**épanouissement psychosocial** ou de santé mentale florissante, une personne doit satisfaire à au moins 7 des 13 critères (Keyes, 2005a). À l'opposé, sur le même continuum, un faible niveau de bien-être et de fonctionnement psychosocial se nomme **santé mentale languissante**.

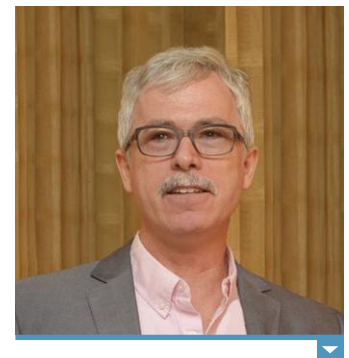
L'intérêt et la nouveauté de ce modèle résident dans le fait qu'il propose une description positive de la santé mentale suffisamment précise pour être mesurée, qu'il brosse un portrait plus complet de la santé mentale de la population et qu'il corrige plusieurs fausses représentations. Par exemple, on estime qu'aux États-Unis, seule une personne sur cinq satisfait aux critères d'épanouissement psychosocial (Keyes et Michalec, 2009). Par ailleurs, des recherches ont montré que plusieurs personnes avec un diagnostic de trouble mental répondent aussi aux critères de l'épanouissement psychosocial. Ces constats ainsi que bien d'autres analyses ont permis de conclure qu'on se représente mieux l'état global de santé mentale lorsqu'on considère deux continuums distincts (Keyes, 2005a; Westerhof et Keyes, 2010), comme l'illustre la figure 3.1 à la page 81. Sur le continuum vertical, qui correspond à la santé mentale positive, l'extrémité du haut correspond à l'épanouissement psychosocial, aussi appelé santé mentale florissante, tandis que l'autre extrémité caractérise la santé mentale languissante. Entre les deux se trouvent les individus dont la santé mentale n'est ni florissante ni languissante, et que l'on qualifie de santé mentale positive modérée. Quant au continuum horizontal, il correspond à la présence ou à l'absence de troubles mentaux dans les 12 derniers mois.

Épanouissement psychosocial

État de santé mentale positive caractérisé par un bon fonctionnement psychosocial et un bien-être émotionnel.

Santé mentale languissante

Faible niveau de bien-être émotionnel et de fonctionnement psychosocial.



Corey Keyes, chercheur en sociologie et en psychologie à l'Université d'Emory, à Atlanta (États-Unis), est connu pour ses travaux sur la santé mentale positive.

Tableau 3.1 Les critères diagnostiques de l'épanouissement psychosocial selon Keyes

Bien-être émotionnel	Humeur positive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intérêt pour la vie, bonne humeur, sentiment de bonheur et enthousiasme
	Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment de satisfaction face à l'ensemble de sa vie ou de certains domaines de sa vie
Fonctionnement psychologique	Acceptation de soi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitude positive envers soi-même ▪ Acceptation de la plupart des aspects de sa personnalité
	Actualisation personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaissance de son propre potentiel et de la possibilité de se développer ▪ Ouverture face à de nouvelles expériences
	Sens donné à la vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite de buts et d'objectifs de vie
	Compétence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne capacité à gérer et à organiser son environnement pour satisfaire ses besoins personnels
	Autodétermination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application de ses propres standards ▪ Capacité de résister aux pressions sociales
	Relations satisfaisantes avec les autres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relations chaleureuses, satisfaisantes et empreintes de confiance avec les autres ▪ Empathie et capacité d'intimité
	Fonctionnement social	Acceptation sociale
	Actualisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviction que les gens, les groupes sociaux et la société ont du potentiel et peuvent évoluer positivement
	Contribution sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impression que sa vie est utile à la société et que ses activités sont appréciées par les autres
	Cohérence sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intérêt pour la société et la vie sociale ▪ Perception que le monde dans lequel on vit est intelligible, prévisible et signifiant
	Intégration sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment d'appartenance à la communauté ▪ Sentiment de soutien par l'entourage et par la communauté

Source : Adapté de Keyes (2002 ; 2005a) et de Provencher et Keyes (2010).

Santé mentale complète

État combinant l'épanouissement psychosocial et l'absence de trouble mental pendant les 12 derniers mois.

Rétablissement complet

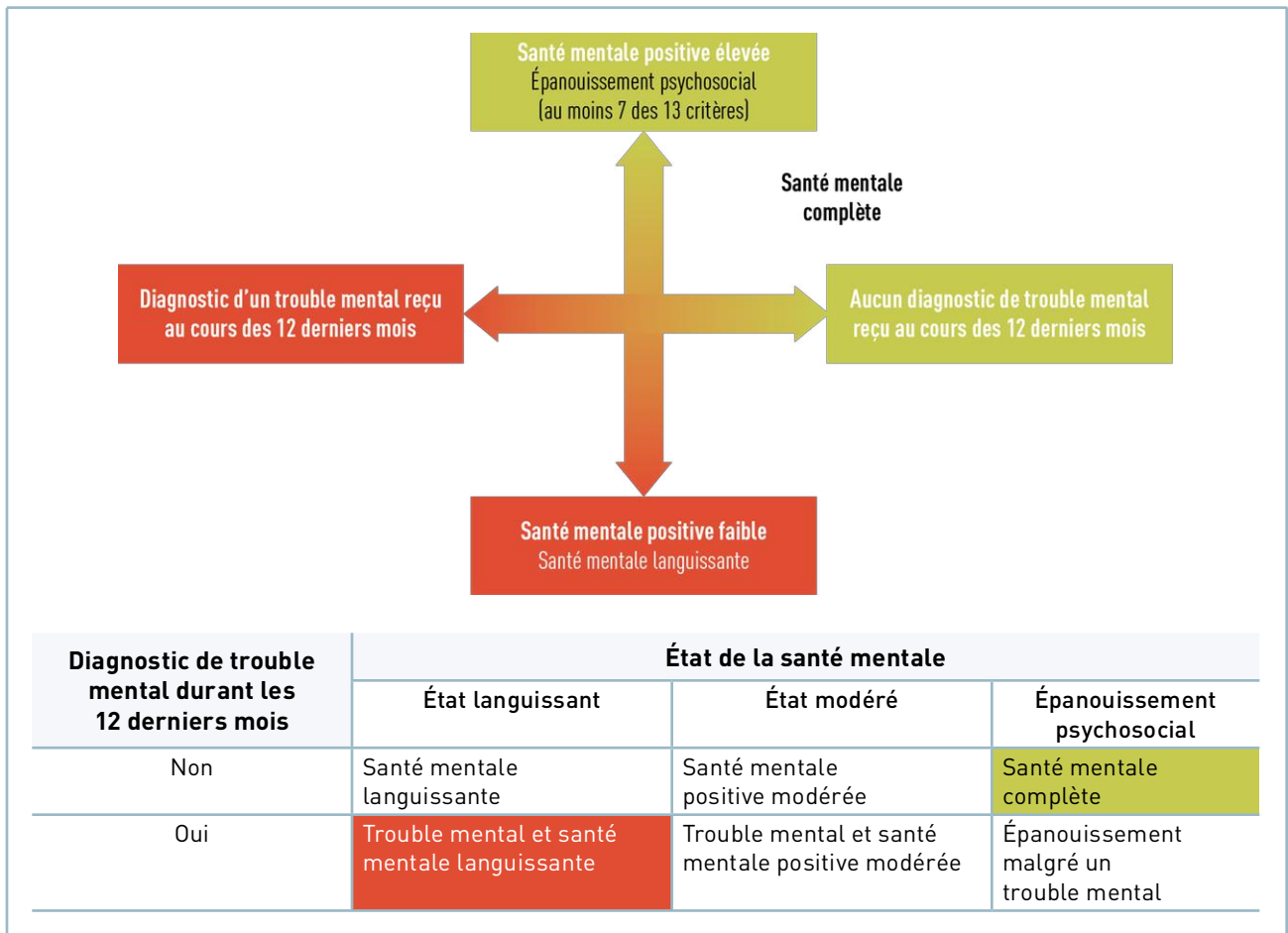
Approche du traitement des troubles mentaux qui ne vise pas uniquement la réduction des symptômes, mais qui s'emploie aussi à optimiser l'épanouissement psychosocial.

L'état de santé mentale le plus élevé est appelé **santé mentale complète** et correspond à la combinaison de l'état le plus favorable sur chacun des deux continums, c'est-à-dire à l'épanouissement psychosocial sur l'axe vertical combiné à l'absence de trouble mental pendant les 12 derniers mois sur l'axe horizontal (Keyes, 2007 ; Keyes et Michalec, 2009). La figure 1.1, au chapitre 1, donne des précisions sur la notion de trouble psychologique.

C'est cette caractérisation qui a entraîné le développement de ce qu'on appelle le **rétablissement complet**, et qui correspond à une conception élargie de la santé mentale selon laquelle on cherche non seulement la diminution des symptômes des troubles mentaux, mais aussi l'optimisation de l'épanouissement psychosocial.

Ces concepts d'épanouissement psychosocial, de santé mentale complète et de rétablissement complet offrent une conception élargie et prometteuse de la notion de santé psychologique (Joubert, 2009 ; Keyes, 2005b ; Keyes et Michalec, 2009). Par exemple, dans le traitement des troubles mentaux, il devient possible de percevoir l'état mental de manière plus globale, de concevoir des objectifs et une démarche qui sont plus attrayants et motivants, ce qui favorise davantage d'implication et d'amélioration. Le cas de Luc Vigneault illustre avec éloquence

Figure 3.1 La représentation de la santé mentale sur deux continuums selon Keyes



les impacts positifs potentiels que peut procurer l'épanouissement psychosocial chez une personne aux prises avec un trouble mental grave. Cet homme atteint de schizophrénie est maintenant chargé de cours à l'Université de Montréal et s'implique activement en aidant les personnes atteintes de troubles mentaux et en défendant leurs droits. Il raconte le traumatisme de ses premières hospitalisations en psychiatrie et l'échec des premiers traitements. Tout a positivement basculé quand son dossier a été transféré à une autre équipe soignante qui lui a permis de retrouver espoir en insistant sur l'importance de donner un sens à sa vie. « Plutôt que de lutter à éliminer les symptômes de la maladie, l'équipe prône un traitement qui tient compte du projet de vie de la personne. Je sens monter en moi un sentiment depuis longtemps disparu, proche de l'excitation. Je suis maintenant convaincu que ma souffrance peut servir à d'autres et qu'en l'exprimant, elle pourrait contribuer à ma propre guérison. [...] Mon intervenante me parle de mon projet de vie. Je ne me perçois plus comme n'étant qu'un malade avec des faiblesses, mais plutôt un futur conseiller politique avec d'innombrables forces » (Vigneault, 2013, p. 43).

On le voit, il peut être avantageux de porter une attention explicite au bien-être émotionnel, psychologique et social d'une personne et d'intervenir non seulement sur le continuum des troubles mentaux, mais aussi sur celui de la santé mentale positive (Piat *et al.*, 2009; Provencher et Keyes, 2010). Ainsi, plutôt que de traiter

EXERCICE 3.1 | L'épanouissement psychosocial

Associez chacun des cas suivants au critère d'épanouissement psychosocial approprié (voir le tableau 3.1).

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Antoine joue du saxophone depuis deux ans. Il s'exerce au moins 30 minutes par jour et est très fier de ses progrès. 2. Martine a toujours un bon mot à dire à ses amis qui se sentent différents des autres. 3. Malgré la pollution et le réchauffement climatique, Valérie croit que la majeure partie de la population prend de plus en plus conscience du problème et qu'il sera possible de trouver collectivement de bonnes solutions pour l'avenir de la planète. 4. Gabriel est enjoué et plein d'entrain. Il est curieux et semble s'intéresser à tout ! | <ol style="list-style-type: none"> 5. Maxime s'intéresse à la politique. Même s'il comprend que les politiciens manipulent souvent l'information, il considère que notre démocratie lui permet de participer à la construction de la société de demain. 6. Jérôme choisit ses activités et ses vêtements en fonction de ses valeurs et de ses goûts personnels sans se conformer aux modes. 7. Liliane est une réfugiée syrienne. Malgré son arrivée relativement récente au Québec, elle se sent bien acceptée et soutenue par la collectivité. |
|---|---|
- Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.*

uniquement les hallucinations et les idées délirantes d'un schizophrène, on s'intéresserait aussi à son actualisation personnelle et sociale, au sens qu'il donne à sa vie, à son acceptation de soi et à son autodétermination. Dans l'état actuel des recherches, on remarque déjà des impacts positifs de telles pratiques.

3.1.2 La flexibilité psychologique et la présence attentive

Flexibilité psychologique

Capacité d'accepter son vécu (sensations, émotions, pensées, etc.) sans le combattre ni se laisser submerger, tout en s'engageant dans l'action selon ses objectifs et ses valeurs.

La **flexibilité psychologique** est la capacité d'être en contact avec ses pensées et ses sentiments du moment présent, sans défense inutile et sans que cela empêche d'agir en fonction de ses objectifs et de ses valeurs (Hayes *et al.*, 2006). En d'autres termes, il s'agit d'être en mesure d'accepter son vécu (sensations, émotions, pensées, etc.) sans le combattre ni se laisser submerger, tout en s'engageant dans l'action selon ses objectifs et ses valeurs. Il s'agit d'une part d'être pleinement attentif à ce qu'on pense et éprouve, et, d'autre part, d'agir avec énergie et courage (sans tomber dans l'impulsivité ou l'agressivité) pour faire ce qui est important pour soi et de vivre en accord avec ses valeurs (Ciarrochi, Hayes et Bailey, 2014).

Selon Kashdan et Rottenberg (2010), la flexibilité psychologique est un aspect fondamental de la santé psychologique parce qu'elle confère à l'individu la capacité de faire face aux défis et aux conflits de la vie quotidienne. En effet, une personne en bonne santé mentale sait gérer l'incertitude, l'imprévisibilité et les changements qui font partie de toute vie humaine. Dans un sens relativement similaire, d'autres chercheurs étudient la résilience et les facteurs susceptibles de la renforcer (Seligman, 2011 ; Southwick et Charney, 2014).

Cette flexibilité psychologique est au cœur d'une nouvelle conception de la santé mentale (Dionne, Ngo et Blais, 2013 ; Kashdan et Rottenberg, 2010). En effet, il s'agit d'un objectif thérapeutique important dans les psychothérapies cognitives comportementales dites de la troisième vague, dont la plus répandue est probablement la thérapie d'acceptation et d'engagement, aussi connue sous l'acronyme ACT (pour *acceptance and commitment therapy*) (voir la rubrique *En relief à la page 185 du chapitre 6*). Cette perspective se caractérise notamment par ses objectifs

thérapeutiques originaux. Au lieu de miser sur la diminution ou la disparition des symptômes et des émotions difficiles, l'ACT vise à libérer la personne de l'emprise de ses symptômes afin qu'elle puisse s'engager dans des actions selon ses valeurs prioritaires et, ce faisant, de jouir d'une vie plus riche, épanouie et valant la peine d'être vécue (Harris, 2012). Il s'agit donc d'amener la personne à établir une relation différente avec ses pensées, ses sentiments ou ses sensations désagréables (réceptivité, ouverture, curiosité). Au cours de la démarche, les symptômes vont souvent diminuer, mais ce n'est clairement pas le but poursuivi.

La flexibilité psychologique est associée à une meilleure qualité de vie, au bien-être émotionnel et à la satisfaction au travail (Fledderus *et al.*, 2010). Les techniques touchant l'acquisition et le développement de la flexibilité mettent l'accent sur des processus communs permettant de traiter différents troubles autant que d'agir de manière préventive pour favoriser la résilience ou atténuer la détresse de personnes qui n'ont reçu aucun diagnostic.

La rigidité psychologique

Le contraire de la flexibilité est la **rigidité psychologique**. Celle-ci peut se traduire soit par une « lutte intérieure », soit par des comportements visant l'évitement d'émotions ou de pensées désagréables, avec le risque de ne plus agir en fonction de ses valeurs. Cette lutte intérieure se manifeste par une argumentation intérieure incessante, aussi nommée ruminant. Il arrive à chacun de chercher à se convaincre qu'il a eu raison, qu'une autre personne est responsable du problème, que les événements étaient impossibles à contrôler, etc. Cette lutte exige souvent beaucoup de temps et d'énergie, en plus de faire parfois oublier ses propres priorités à force de concentrer tous ses efforts afin d'éviter l'inconfort.

Une autre manière fréquente d'éviter les ressentis désagréables consiste à adopter certains comportements, comme les distractions incessantes, la consommation d'alcool ou de médicaments, ou l'évitement de certaines situations. Prenons l'exemple d'un étudiant attiré par un programme d'études répondant à ses valeurs personnelles. Si ses parents désapprouvent son choix en considérant des critères comme la sécurité d'emploi et les revenus prévus, la rigidité psychologique pourrait pousser cet étudiant à éviter la pénible confrontation avec eux en se conformant à leur désir, même si ce choix ne correspond pas à ses propres valeurs. Ce même étudiant pourrait aussi décider de choisir les études qu'il souhaite et de s'éloigner de ses parents pour éviter l'inconfort que causeraient des relations difficiles. Au contraire, la flexibilité psychologique lui permettrait de reconnaître l'existence d'un conflit ou d'un désaccord, de tolérer les pensées et sentiments suscités par les souhaits de ses parents (acceptation), tout en choisissant les études qui correspondent à ses valeurs profondes (engagement).

La rigidité psychologique pourrait aussi être illustrée par une jeune femme ayant eu l'impression d'être humiliée par des amies et qui en serait venue à éviter les contacts sociaux ou à chercher activement les défauts et les faiblesses des autres afin d'éviter de vivre à nouveau une impression d'infériorité. En agissant ainsi, elle négligerait de vivre en fonction des valeurs importantes pour elle, comme entretenir des relations authentiques ou se montrer positive et encourageante envers ses amis.

Il est possible de mesurer la flexibilité psychologique à l'aide du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II) élaboré par Bond et ses collaborateurs (2011). Les intervenants peuvent recourir à cet outil pour approfondir l'évaluation clinique d'un client. En effet, les recherches montrent qu'un faible niveau de flexibilité

Rigidité psychologique

Lutte intérieure (par distractions, argumentation, ruminant, etc.) ou comportements visant l'évitement d'émotions ou de pensées désagréables au risque de ne plus agir en fonction de ses valeurs.

EXERCICE 3.2 | Flexibilité ou rigidité psychologique ?

Associez chacun des énoncés à la flexibilité psychologique ou, au contraire, à la rigidité psychologique.

- | | |
|---|--|
| 1. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie. | 4. Mes soucis m'empêchent de réussir. |
| 2. Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir. | 5. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie. |
| 3. Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux. | 6. J'ai le contrôle de ma vie. |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Source : Traduction libre de Monestès *et al.* (2009), p. 301-308.

psychologique est statistiquement associé à des niveaux élevés de dépression, d'anxiété, de stress et de détresse psychologique. Les résultats permettent aussi, dans une certaine mesure, de prédire quel sera le niveau de détresse psychologique ainsi que le nombre d'absences au travail d'une personne au cours de l'année suivante.

Aux États-Unis, une intéressante étude menée chez des étudiants de collège visait à évaluer deux formes d'intervention pour diminuer les préjugés envers les personnes atteintes de maladie mentale (Masuda *et al.*, 2007). Le premier groupe n'avait reçu qu'une intervention éducative sur les maladies mentales, alors que l'intervention sur le deuxième groupe visait aussi à accroître la flexibilité psychologique des participants, notamment en les encourageant à reconnaître la nature automatique des préjugés et la fréquence de ceux-ci au moyen d'exercices de présence attentive ou de pleine conscience. Certaines activités ont également aidé les participants du deuxième groupe à observer un parallèle entre les impacts des jugements négatifs envers eux-mêmes et envers les autres. En effet, ces activités mettent en lumière tous les jugements négatifs que chaque personne porte envers elle-même sans qu'elle s'en rende vraiment compte, à moins qu'elle n'y porte volontairement attention. En comparant les résultats des deux groupes, les chercheurs ont pu constater que l'intervention s'était avérée nettement plus efficace dans le deuxième groupe, car après cet exercice, les participants manifestaient moins de préjugés et une plus grande flexibilité au sujet des personnes différentes. Ces résultats semblent suggérer que le fait d'accepter son vécu (même les émotions et pensées discriminatoires) sans le juger et sans se laisser submerger, en faisant preuve d'ouverture, de bienveillance et de curiosité (flexibilité psychologique) pourrait faciliter le changement d'attitudes et de comportements.

Les moyens de favoriser la flexibilité psychologique

L'entraînement des habiletés de «présence attentive» ou de «pleine conscience», telle la méditation pleine conscience (*voir le chapitre 2*), est l'un des moyens de favoriser la flexibilité psychologique (*voir la rubrique En relief suivante*). À ce sujet, Ie, Ngnoumen et Langer (2014) distinguent deux courants par rapport aux pratiques de pleine conscience. Le premier mise sur la pratique formelle de la méditation, bien ancrée dans ses origines des pratiques contemplatives de la philosophie bouddhiste. Il importe également de mentionner que certaines personnes adoptent l'ensemble de la pratique de la philosophie bouddhiste, alors que d'autres s'en tiennent aux pratiques de la méditation pleine conscience, et que

EN RELIEF

La présence attentive, la méditation et la santé psychologique

Par Simon Grégoire

De nombreuses recherches montrent que la présence attentive (aussi appelée pleine conscience) peut contribuer à prévenir les problèmes de santé psychologique et à promouvoir le bien-être. Lorsqu'une personne est présente de manière attentive, son attention est délibérément dirigée vers ce qu'elle vit dans le moment présent : les sensations corporelles, les émotions et les pensées qui l'habitent. En outre, elle parvient à accueillir ce qui est perçu avec bienveillance et curiosité. Elle est en mesure d'accepter ses émotions ou ses pensées sans chercher à les éviter, à les changer ou à les contrôler. À bien y réfléchir, nous sommes rarement dans un tel état d'esprit ! Nous faisons souvent les choses par impulsion, par automatisme, par conditionnement ou tout simplement par habitude. Nous sommes constamment pressés par le temps et distraits, surchargés d'informations et pris dans le passé ou l'avenir. En outre, nous sommes souvent très durs et critiques envers nous-mêmes.

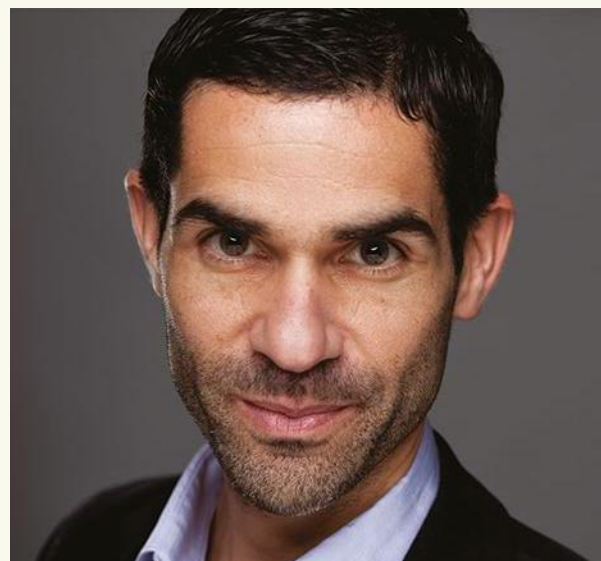
La méditation pleine conscience constitue une forme d'entraînement de l'esprit qui nous aide à être attentifs à notre expérience (interne et externe), telle qu'elle se déploie dans l'instant présent, et ce, sans jugement (Kabat-Zinn, 2003). Elle permet de prendre une pause et de cultiver certaines qualités de l'esprit comme l'attention, la concentration, l'acceptation et la tranquillité. Notons qu'il est aussi possible d'acquérir et de développer de telles qualités à travers les activités de la vie quotidienne. Que ce soit en marchant pour aller prendre l'autobus, en prenant un repas ou en faisant le ménage à la maison, il est possible de faire preuve de présence attentive par rapport à ce que l'on fait et à ce qu'on éprouve.

Issue du bouddhisme, cette méditation pleine conscience a été sécularisée vers la fin des années 1970 et intégrée dans divers programmes thérapeutiques (par exemple la réduction du stress par la pleine conscience ou par la thérapie d'acceptation et d'engagement), en plus d'avoir été récemment importée dans les écoles (Zenner *et al.*, 2014) et dans certaines organisations (Grégoire, Baron et Montani, 2014).

Les études menées à ce jour montrent que cette forme de méditation permet d'accroître la qualité de vie et de réduire les symptômes associés au stress, à l'anxiété et à la dépression, et ce, tant au sein des populations cliniques (par exemple chez des patients souffrant d'un cancer, de douleurs chroniques, d'une maladie cardiovasculaire ou d'un trouble de l'anxiété) que non cliniques (par exemple chez les proches aidants ou les

employés) (Gotink *et al.*, 2015). Les études démontrent que l'efficacité de cette pratique s'explique en partie par le fait qu'elle réduit la réactivité cognitive (ruminer ou être inutilement préoccupé par quelque chose) et affective (se laisser envahir par une émotion) (Gu, Strauss, Bond et Cavanagh, 2015) et augmente la flexibilité psychologique (Powers, Zum Vörde Sive Vörding et Emmelkamp, 2009).

Des chercheurs en neurosciences sont également parvenus à montrer que la méditation engendre des changements dans certaines régions du cerveau responsables notamment de la gestion du stress et de l'anxiété, de la régulation des émotions et de l'attention, de la mémoire et des apprentissages (Fox *et al.*, 2014). Elle semble aussi avoir des effets sur le plan génétique et influencer sur la longévité des cellules du corps et les défenses immunitaires (Schutte et Malouff, 2014). Quoique préliminaires, les résultats issus des études menées sur la méditation pleine conscience sont encourageants et semblent démontrer que cette pratique constitue une façon efficace et peu coûteuse de promouvoir la santé psychologique et le bien-être.



Simon Grégoire est psychologue du travail, professeur à la Faculté des sciences de l'éducation de l'UQAM et directeur du GRIPA (Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive). Il s'intéresse particulièrement aux programmes d'intervention basés sur la présence attentive et à leur rôle sur la santé psychologique des travailleurs.

d'autres enfin font plutôt appel à une approche de « présence attentive sans méditation », caractérisée par des pratiques moins formelles qui peuvent s'intégrer à diverses activités de la vie quotidienne (Fisher, 2015). Ce deuxième courant inclut aussi des approches psychothérapeutiques au cours desquelles l'intervenant aide ses patients à acquérir et à développer des habiletés relatives à la présence attentive en adoptant différentes attitudes ou en faisant des exercices à cet effet (Harris, 2009b). Tous ces moyens permettent de développer progressivement sa flexibilité psychologique, sa présence, son ouverture, laissant venir les émotions désagréables sans s'y identifier et sans lutter ou tenter de les étouffer, tout en agissant selon ses valeurs profondes (Harris, 2012).

3.2 Le bien-être et le bonheur

Selon certains, notre époque est marquée par une forme de « tyrannie du bonheur » (Ehrenreich, 2010; Élie-Morin, 2015). Cette exigence perçue pourrait se résumer ainsi : « il suffit de “ penser positif ” pour être heureux, riche et en santé et si votre vie va mal, c'est de votre faute » (Cornelier, 2015). Pour revenir sur cette analogie avec la santé physique, l'obsession de la minceur impose une tyrannie malsaine sur beaucoup de personnes même si, de fait, le surpoids constitue un facteur de risque réel. L'impératif du bonheur comme celui de la minceur peuvent culpabiliser ou faciliter la propagation des recettes du bonheur simplistes ou des régimes « miracles », causant en réalité plus de dommages qu'ils ne procurent de bienfaits. Heureusement, le bien-être et le bonheur font l'objet de recherches scientifiques pouvant mener à des pratiques plus efficaces.

Que sont le bien-être et le bonheur ? Il n'y a pas de réponse facile et univoque en ce sens qu'elle implique de préciser ce qui est prioritaire pour une vie satisfaisante et réussie. Or, cette question hautement subjective dépend des valeurs et de la culture de chacun, ainsi que de l'époque où nous vivons. Nous examinerons tout de même certaines distinctions déjà esquissées dans l'œuvre de quelques grands philosophes. En ce sens, les chercheurs distinguent deux perspectives : la perspective hédonique et la perspective eudémonique.

3.2.1 La perspective hédonique

Perspective hédonique

Conception d'un bonheur associé à une vie plaisante, à un bien-être subjectif marqué par la détente, l'amusement, la facilité, le plus possible d'émotions agréables et le moins possible d'émotions désagréables.

Le concept de **perspective hédonique** vient du grec ancien *hêdonê* signifiant « plaisir ». Il décrit donc un bonheur associé à une vie plaisante, à un bien-être subjectif marqué par la détente, l'amusement et la facilité, par le maximum d'émotions agréables et par le minimum d'émotions désagréables (Delle Fave, 2011; Huta et Ryan, 2010). N'est-ce pas attrayant ? Pourtant, plusieurs reprochent à cette perspective d'être trop limitée et de présenter certains inconvénients. Dans le livre *Le piège du bonheur* (2009a), qui connaît un immense succès en librairie, Russ Harris soutient que dans la société actuelle, plusieurs personnes pensent à tort qu'il est possible d'être tout le temps heureux et même de contrôler ses pensées et ses émotions afin de se débarrasser de tout ce qui est désagréable. Ces fausses croyances entraîneraient paradoxalement beaucoup de souffrance, puisque, en constatant qu'elles n'y arrivent pas, plusieurs personnes se perçoivent inférieures aux autres ou inadéquates. De plus, ces croyances provoqueraient de nombreux comportements d'évitement (pour éviter les pensées et émotions désagréables)

faisant partie des facteurs favorisant l'apparition et la persistance de plusieurs psychopathologies. De même, des chercheurs préfèrent ne plus employer le terme «hédonique», le considérant comme trop associé à des connotations péjoratives comme s'il s'agissait d'un objectif malsain en soi (Huta, 2013).

3.2.2 La perspective eudémonique

Le terme «eudémonique» provient du grec ancien *eudaimonismos* signifiant «action de regarder comme heureux». La **perspective eudémonique** décrit plutôt le fonctionnement optimal (Sarrazin *et al.*, 2011) ou la satisfaction émergeant de la poursuite active d'objectifs plus complexes concernant, par exemple, une contribution à la société, l'établissement de relations interpersonnelles importantes ou la mobilisation de ses ressources visant le dépassement de soi ou l'actualisation (Delle Fave, 2011). Il s'agit de mener une vie riche et pleine de sens permettant un bien-être plus profond et durable, mais impliquant parfois une dose significative d'inconforts, de difficultés ou de douleurs. Le bonheur eudémonique implique souvent de développer ses compétences, de repousser ses limites, de faire preuve de persévérance et de donner le meilleur de soi afin de contribuer à des causes considérées comme importantes et dépassant l'individu (Huta et Ryan, 2010). En fait, on peut considérer l'eudémonie comme un «concept parapluie», puisqu'il fait référence à plusieurs conceptions différentes (Boniwell, 2011; Huta et Waterman, 2013). Les quatre éléments les plus importants dans la majorité des définitions de la perspective eudémonique sont l'authenticité, le sens, l'excellence (au sens de faire de son mieux) et la croissance (Huta, 2015; Huta et Waterman, 2013).

Perspective eudémonique

Conception d'un bonheur émergeant de la poursuite active d'objectifs concernant, par exemple, une contribution à la société, le développement de relations interpersonnelles importantes ou la mobilisation de ses ressources visant le dépassement de soi ou l'actualisation.

3.2.3 Deux grandes perspectives : les débats et les complémentarités

Les perspectives hédonique et eudémonique du bonheur présentent des distinctions importantes et ont fait l'objet de débats sur la nature du véritable bonheur. Pour illustrer ces différences, prenons en exemple l'expérience de nombreux parents. Dans la perspective hédonique, plusieurs facteurs nuisibles au bonheur accompagnent la parentalité : nuits blanches, surcharge de tâches, fatigue, coûts financiers importants, maladies parfois contagieuses se transmettant à toute la famille, difficultés d'apprentissage, crises et gestion de comportements difficiles, etc. Par contre, dans la perspective eudémonique, être parent invite puissamment à donner le meilleur de soi, à prendre soin de relations intimes authentiques, à mobiliser ses ressources dans une succession de défis complexes, à mettre de côté son plaisir immédiat pour répondre aux besoins des autres, le tout donnant un sens profond et durable à la vie : «Être vivant et citoyen du monde, c'est utiliser nos capacités au maximum, rencontrer différentes dimensions de l'expérience humaine, grandir et en apprendre davantage sur nous-mêmes, nous lier avec les autres, atteindre les buts culturellement prescrits, faire l'expérience d'une large gamme d'émotions (des sommets de la joie aux abîmes de la dépression), façonner sa propre identité, écrire l'histoire de sa vie, laisser après soi un héritage qui persistera au-delà d'une vie. Les enfants nous permettent de faire tout cela et plus encore» (Lyubomirsky, 2014, p. 109).

Quoi qu'il en soit, ces deux perspectives sur le bonheur ne sont pas complètement mutuellement exclusives, comme on peut le constater en examinant

le tableau 3.2. Toutefois, il arrive qu'elles s'avèrent incompatibles, car on ne peut rechercher simultanément, d'une part, le confort, la facilité et le plaisir immédiat et, d'autre part, choisir de repousser ses limites, de s'actualiser et de faire certains sacrifices pour contribuer à quelque chose de plus grand que soi. Dans le cours d'une vie cependant, les recherches montrent qu'il serait plus avantageux de s'inspirer de ces deux perspectives plutôt que de privilégier l'une ou l'autre (Huta, 2015), en raison de leur grande complémentarité. Les proportions optimales varient probablement d'un individu à l'autre et peuvent aussi varier d'un moment à l'autre chez une même personne. En somme, c'est en poursuivant des objectifs basés sur des défis personnels et des valeurs importantes, tout en cherchant à plus court terme à vivre des moments de plaisir plus légers et moins complexes, que l'on aurait le plus de chances d'obtenir une satisfaction de vie durable. Par exemple, une étudiante qui poursuit des études très exigeantes et nécessitant de nombreuses heures d'étude gagnera à s'accorder régulièrement des moments de détente uniquement dans le but de se faire plaisir, et à passer du temps en famille ou avec ses amis sans s'imposer de pression ou d'attentes particulières. La rubrique En relief précédente présente un élément clé favorisant un lien harmonieux entre l'activité énergétique et le repos: la récupération.

Tableau 3.2 Les perspectives hédonique et eudémonique: les contrastes et les complémentarités

Perspective hédonique	Perspective eudémonique
Prendre	Donner, cultiver
Désir-Plaisir	Valeurs-Efforts-Satisfaction
Affectif et biologique: semblable à la majorité du règne animal et traité par des parties archaïques du cerveau	Plus abstrait et cognitif: plaisir d'ordre supérieur surtout chez l'humain grâce au développement de son néocortex
Droit (sentir qu'on le mérite)	Responsabilité (prendre soin de...)
Maintenant (court terme)	Plus tard (long terme)
Ce qui est agréable à ressentir	Ce qu'on croit juste
Perspective étroite, pour soi	Perspective plus large, pour « plus grand que soi », doit être développée

Source: Données tirées de Huta (2015), p. 165.

3.2.4 Un modèle intégrateur du bien-être et de l'épanouissement: le PERMA

Un modèle intégrateur a été conçu afin de concilier différentes perspectives du bien-être psychologique, notamment en incluant autant les dimensions hédonique qu'eudémonique (Forgeard *et al.*, 2011). Il s'agit du modèle désigné par l'acronyme PERMA (voir la figure 3.2 à la page 90), où chaque lettre désigne une composante qui peut être définie et mesurée de manière indépendante; on notera que cet acronyme a été formulé en anglais, ce qui explique par exemple que la lettre P soit utilisée pour les émotions positives (*positive emotions*) et la lettre M pour le sens à la vie (*meaning*).

L'importance de la récupération entre les épisodes de travail ou d'étude

Par David-Emmanuel Hatier

Les frontières du travail sont plus poreuses que jamais. Avec l'ère des technologies et du télétravail, il est de plus en plus fréquent que les travailleurs soient préoccupés par des questions relatives à leur emploi en dehors des heures ou des lieux traditionnels de travail. La plupart du temps, cette flexibilité accrue s'accompagne de difficultés à se couper complètement du travail et à s'engager entièrement dans d'autres activités (Derks et Bakker, 2012). Cela est peut-être encore plus vrai pour les étudiants qui travaillent tout en poursuivant leurs études.

Devant un flot incessant de demandes ou de situations complexes à gérer, les travailleurs doivent bénéficier de moments de répit de leur emploi, et ce, en quantité et en qualité suffisantes pour répondre à leurs besoins de récupération et à leurs autres intérêts personnels. Refaire fréquemment le plein d'énergie permet d'évacuer une partie du stress accumulé et de diminuer les risques d'épuisement professionnel, de dépression et d'hypertension. Malheureusement, le tiers des travailleurs rapportent être généralement tendus et seulement le quart rapportent être pleins d'énergie dans leur travail (APA, 2014).

Selon les chercheuses Sonnentag et Fritz (2007), la récupération entre les épisodes de travail serait favorisée par les quatre composantes suivantes : le détachement psychologique, la relaxation, le sentiment de maîtrise et le contrôle des temps libres.

- Le détachement psychologique fait référence à un désengagement temporaire des problèmes et des opportunités relatifs au travail. Il implique une distanciation physique, virtuelle (électronique) et surtout mentale (psychologique) de la situation de travail.
- La relaxation est un processus caractérisé par un état de faible activation physique et mentale. Elle peut découler d'une grande variété d'activités ressenties comme étant plaisantes, telles que la méditation, la lecture, le visionnement d'un film, la marche ou encore la conversation avec des amis ou des proches.
- Le sentiment de maîtrise est soutenu par des activités qui, pour la personne, représentent des défis intéressants ou des occasions d'apprendre autre chose. Ces activités favorisent le développement de nouvelles habiletés et du sentiment d'efficacité personnelle, sans pour autant surtaxer les capacités de la personne.

- Le contrôle du temps libre réfère au degré avec lequel un individu sent qu'il peut décider de son emploi du temps à l'extérieur du travail, entre autres en pouvant choisir quand et comment il agira.

Un travailleur ayant récupéré sera plus engagé dans les tâches qu'il doit accomplir, aura plus d'initiative, entretiendra de meilleures relations interpersonnelles, fera preuve de plus de flexibilité cognitive, sera plus vigilant et prendra de meilleures décisions. Somme toute, il sera plus performant (Binnewies *et al.*, 2010; De Bloom *et al.*, 2014; Fritz et Sonnentag, 2005; Lamont *et al.*, 2006).

Les organisations peuvent favoriser chez leurs employés l'adoption de saines habitudes de vie et de récupération en veillant à la clarté des rôles dans le travail, en se souciant de faire régner un bon climat de travail et de supervision des employés, et en veillant à une séparation à tout le moins minimale entre le travail et la vie personnelle (par exemple : ne pas s'attendre à ce qu'un employé réponde promptement à des courriels ou à des appels téléphoniques alors qu'il est en vacances). Quant aux étudiants qui travaillent en poursuivant leurs études, ils ont tout intérêt à appliquer les quatre éléments mentionnés plus haut afin d'être en mesure de bien récupérer à travers toutes leurs occupations et les nombreux défis qu'ils ont à relever.



David Emmanuel Hatier est chargé de cours et candidat au doctorat en psychologie du travail et des organisations à l'Université de Montréal. Il s'intéresse à la contribution du vécu hors travail et à la santé psychologique des travailleurs.

Figure 3.2 Le modèle PERMA

P	Émotions positives Moments plaisants et agréables de la vie	
E	Engagement État d'être complètement absorbé par son action (réfère à l'expérience optimale et à la présence attentive, ou pleine conscience)	
R	Relations positives Satisfaction de ses relations interpersonnelles, impression d'être important pour autrui, intégration sociale	
M	Sens à la vie Trouver une raison d'être qui nous dépasse et nous fait grandir	
A	Accomplissements Poursuite de buts qui représentent un certain défi	

Les émotions positives (P)

Le domaine des émotions positives est souvent associé au bien-être hédonique puisqu'il est défini par des moments plaisants. Une théorie montre que le fait de vivre de bons moments a aussi des effets cumulatifs à plus long terme. Nous y reviendrons plus en détail à la section 3.4.2.

L'engagement (E)

Le domaine de l'engagement se rapporte à la qualité de la connexion que la personne établit avec les activités qu'elle réalise. Le principal concept associé à cette composante est un phénomène longuement étudié par Mihaly Csikszentmihalyi et que l'on traduit souvent en français par «expérience optimale» (*flow*). Il s'agit de moments caractérisés par un grand engagement dans une activité où la personne est pleinement absorbée et ressent une impression de fluidité au point d'en perdre la notion du temps (Delle Fave, 2013). Plusieurs conditions favorisent l'émergence de l'expérience optimale, tels un but clair, une rétroaction immédiate, un degré de difficulté assez élevé pour exiger la mobilisation des habiletés de la personne, une motivation intrinsèque et l'absence de préoccupation à l'égard de l'image de soi. Notons qu'une motivation est dite intrinsèque lorsque la personne s'engage spontanément dans une activité pour sa propre satisfaction. Les expériences optimales vécues dans certaines sphères de vie, par exemple une activité sportive ou artistique, ont souvent pour effet de provoquer la croissance et la construction de l'identité. Ces moments peuvent

s'avérer très gratifiants, susciter l'enthousiasme et accompagner d'excellentes performances, d'où cette appellation d'expérience optimale. Enfin, mentionnons qu'une autre manière de concevoir cet engagement dans le moment présent correspond à la présence attentive, ou pleine conscience, dont il a été question dans la rubrique En relief plus tôt dans ce chapitre (voir la page 85).

Les relations positives (R)

Les relations positives se rapportent aux relations interpersonnelles. Elles impliquent que l'individu se sent socialement intégré, soutenu, important pour autrui et qu'il est satisfait de ses relations (Kern *et al.*, 2015). Le soutien social et les relations positives permettent à plusieurs personnes d'éviter la dépression et la solitude dans les moments difficiles (Lovett et Lovett, 2016). On peut aussi considérer ce lien social sous l'angle de la générosité et de l'altruisme, deux qualités dont les effets positifs se font sentir non seulement sur les autres, mais aussi sur l'individu qui en fait preuve (Buchanan et Bardi, 2010; Lecompte, 2012; Miglianico, 2014).

Le sens à la vie (M)

Le domaine du sens à la vie (*meaning* en anglais) relève de la croyance selon laquelle la vie a un sens, qu'elle est valable et qu'elle s'inscrit dans une perspective plus vaste que sa propre personne (par exemple, il peut s'agir d'aider des enfants à bien se développer, d'une contribution personnelle à la société ou encore d'une perspective spirituelle). Cette dimension est en relation avec la perspective eudémonique puisque la recherche de sens permet de dépasser le plaisir immédiat, à travers la quête à long terme en fonction de valeurs importantes et pour une cause qui dépasse l'individu (Steger *et al.*, 2013). Une recherche récente a montré que plus une personne perçoit que la vie a un sens, plus elle adopte des comportements santé, comme une saine alimentation et l'exercice physique, et plus elle réduit les comportements à risque, son déclin cognitif ou son risque de mortalité (Brassai, Piko et Steger, 2015; Steger *et al.*, 2015). Un questionnaire validé comportant 10 items permet de quantifier cette dimension (Steger *et al.*, 2006; Steger et Samman, 2012). On y mesure entre autres à quel point le répondant perçoit que sa vie a un sens, jusqu'à quel point il s'engage et est motivé à déployer des efforts pour trouver du sens ou pour approfondir sa compréhension du sens de sa vie.

Les accomplissements (A)

Le domaine des accomplissements fait référence à la progression vers les buts que poursuit la personne, à une impression de compétence dans ses activités quotidiennes et à une forme de dépassement de soi ou d'actualisation. Cette dimension implique que la personne assume ses responsabilités, s'engage dans un travail soutenu et persévère afin de terminer les tâches commencées (Hone *et al.*, 2014; Kern *et al.*, 2015).

Un instrument du nom de *PERMA Profiler* a été mis au point pour opérationnaliser les concepts de ce modèle intégrateur (Hone *et al.*, 2014; Kern *et al.*, 2015). Cet outil comporte 16 items et permet de mesurer les 5 dimensions du PERMA ainsi que le niveau général de bien-être psychologique. L'exercice 3.3, à la page suivante, vous aidera à approfondir votre compréhension des différentes composantes du PERMA.

EXERCICE 3.3 | Les composantes du PERMA

Associez chacun des énoncés à l'une des composantes du PERMA suivantes :

- A Émotions positives
- B Engagement
- C Relations positives
- D Sens à la vie
- E Accomplissement

- | | |
|--|---|
| 1. Avoir l'impression que sa vie a du sens, une signification. | 7. Se sentir généralement satisfait de ses relations. |
| 2. Avoir l'impression d'être apprécié dans ses relations. | 8. Trouver de l'intérêt et de l'excitation pour ce que l'on fait. |
| 3. Être généralement d'humeur positive ou joyeuse. | 9. Recevoir de l'aide et du soutien des autres lorsqu'on en a besoin. |
| 4. Se sentir complètement absorbé dans ce que l'on fait, jusqu'à en perdre la notion du temps. | 10. Estimer que ses actions ont de la valeur et qu'elles sont utiles. |
| 5. Se sentir satisfait de sa vie. | 11. Réussir à gérer ses responsabilités. |
| 6. Avoir l'impression d'avancer vers la réalisation des grands objectifs que l'on s'est fixés. | |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Source : Traduction libre de Hone *et al.* (2014).

3.3 La relation avec soi-même : estime de soi, autocompassion et forces de caractère

Un aspect du bonheur et de la santé psychologique concerne la relation avec soi-même. Cette section aborde différentes conceptions visant à comprendre la relation avec soi-même et à en retirer le meilleur. C'est dans cette perspective que seront abordées successivement l'estime de soi, l'autocompassion et les forces de caractère.

3.3.1 L'estime de soi et ses limites

Dans la pyramide de Maslow (voir la figure 1.5 à la page 27), une bonne estime de soi occupe une position importante. Par ailleurs, les liens entre une faible estime de soi et des troubles de santé mentale sont bien connus. Ainsi en est-il, par exemple, du lien entre une pauvre estime de soi et la dépression, les idées suicidaires et une faible motivation (Neff, 2003b). Par contre, plusieurs estiment que l'engouement des dernières décennies pour favoriser une estime de soi élevée a entraîné des inconvénients dont il sera question dans cette section. Le principal problème n'est probablement pas lié au concept lui-même, mais plutôt à la préoccupation collective au sujet de l'image de soi qui a peut-être été accentuée involontairement par les discours sur l'estime de soi et par les efforts pour la rehausser. Cette préoccupation tournant parfois à l'obsession semble entraîner parfois des effets non souhaitables.

Afin de contribuer au bien-être des enfants et des adultes en devenir, nombre de parents, d'enseignants et d'éducateurs se font un devoir de prendre soin de l'estime de soi de leurs enfants. Ceci a sans doute produit quelques bénéfices significatifs, mais certaines de ces initiatives ont plutôt contribué à cultiver une image de soi alimentée par des mensonges remplis de bonnes intentions. Par exemple, certains adultes s'exclament parfois devant les grubbouillis d'un enfant en lui disant que son dessin est magnifique. Ces appréciations inexactes sont certainement agréables sur le moment, mais elles n'encouragent pas l'enfant à améliorer des faiblesses, et qui peut même finir par douter de l'honnêteté de son entourage ou par accorder peu de crédit aux éloges qu'il reçoit, quel que soit son degré d'effort ou de réussite. Cela pourrait aussi expliquer certaines attentes et certains comportements des nouvelles générations arrivant sur le marché du travail : « La génération élevée selon ces conditions qui intègre à présent le monde du travail a été décrite comme difficile et leurs attentes [les membres de cette génération] excéderaient de loin celles de leurs prédécesseurs à des postes de nouveaux embauchés. Ils sont toujours dans l'attente des éloges proférés à leur égard tout au long de leur vie, même s'ils ne font plus rien pour les mériter et la résilience nécessaire à gérer les déceptions réelles et les réalités de la vie leur fait cruellement défaut » (Boniwell, 2011, p. 543).

Par ailleurs, de nombreuses recherches ont révélé différentes formes de distorsions dans l'image de soi de certaines personnes, parfois nommées biais autoavantageux, qui aideraient à protéger ou à rehausser l'image de soi (Neff, 2003b). Autrement dit, ces personnes faussent leur perception d'elles-mêmes en s'attribuant une image trop positive ou flatteuse. Ces distorsions sont peut-être devenues plus fréquentes ou plus importantes à cause de la préoccupation sociale généralisée à l'égard de l'estime de soi. Par ailleurs, la comparaison sociale étant un déterminant clé de l'estime de soi, certains semblent chercher à repérer en priorité les défauts et les faiblesses des autres afin de rendre la comparaison plus favorable pour soi (Neff, 2003a).

Enfin, d'autres recherches montrent que l'estime de soi élevée est davantage associée aux préjugés dirigés vers des personnes qui ne font pas partie de leur groupe (Neff, 2003a). De plus, certains psychologues croient qu'en ayant mis l'accent sur l'évaluation et l'amour de soi, on peut avoir favorisé le narcissisme, l'égoïsme, le questionnement incessant sur l'approbation des autres et la popularité, mais aussi réduit l'empathie vis-à-vis des autres et causé certaines difficultés à se considérer comme faisant partie d'un tout (Neff, 2003a).

Afin de se mettre en valeur et de soutirer des commentaires qui flattent l'ego, certains individus se servent des médias sociaux, parfois plusieurs heures par jour, pour construire l'image qu'ils veulent projeter d'eux-mêmes. Cette nouvelle technologie permet à l'utilisateur d'exercer un contrôle absolu sur son image en magnifiant certains de ses aspects désirables, mais aussi en occultant ceux qui s'avèrent moins désirables.

Il est important de préciser que des recherches rigoureuses n'ont pas établi de liens de cause à effet entre les « mouvements pour l'estime de soi » et les inconvénients mentionnés, mais elles ont éveillé de nombreux soupçons et il serait sage de faire preuve d'une certaine vigilance pour ne pas encourager aveuglément l'augmentation de l'estime de soi.

Autocompassion

Compassion envers soi-même, c'est-à-dire capacité de regarder sa propre souffrance avec sensibilité et acceptation.

3.3.2 L'autocompassion et son potentiel

Étant donné les critiques formulées sur l'élévation de l'estime de soi comme moyen d'amélioration de la santé psychologique, on a proposé différentes alternatives (Neff, 2003b), dont l'**autocompassion** (ou compassion envers soi-même).

L'empathie et la compassion sont des concepts importants dans les recherches et les pratiques en psychologie (Barnard et Curry, 2011; Neff, 2003b). Par contre, l'intérêt scientifique à l'égard de l'autocompassion est nettement plus récent. Kristin Neff (2003b) a élaboré ce concept à partir de la psychologie bouddhiste. Or, en tibétain, le mot désignant la compassion ne distingue pas la compassion pour soi de la compassion vis-à-vis des autres.

Le concept d'autocompassion inclut trois dimensions que mesure le questionnaire élaboré par Neff (2003b). Comme le montre le tableau 3.3, la première dimension est celle de la bienveillance que la personne manifeste envers elle-même (en opposition aux jugements négatifs sur soi). La deuxième dimension consiste à voir les souffrances, les faiblesses et les limites comme une manifestation de la condition humaine partagée par tous (en opposition à la honte et à l'isolement). La troisième dimension correspond à la présence attentive et à l'ouverture vis-à-vis de ses pensées et de ses sentiments douloureux (en opposition à la suridentification ou encore à l'évitement). Cette dernière dimension s'inscrit dans le courant plus vaste de présence attentive ou de pleine conscience présenté dans la rubrique En relief à la page 85.

Les bénéfiques et les avantages de l'autocompassion

L'autocompassion est associée à différents marqueurs de la santé psychologique, notamment à un degré moindre d'anxiété et de dépression (Neff, 2012). Un degré élevé d'autocompassion est aussi associé à des niveaux plus élevés de bonheur, d'optimisme et d'affects positifs, et à des niveaux plus faibles de colère, de ruminations et d'affects négatifs (Barnard et Curry, 2011). La majeure partie de ces recherches sont le fruit d'analyses corrélationnelles (elles établissent des liens entre des faits sans toutefois se prononcer sur les causes), mais on a commencé à étudier l'effet de certaines interventions visant à augmenter le niveau d'autocompassion et on a effectivement constaté une réduction des niveaux d'anxiété et de dépression (Neff, 2012).

L'autocompassion est aussi associée à la santé physique, notamment à des comportements santé comme la diminution des écarts lors d'une diète et la réduction du tabagisme. Des recherches portant sur les objectifs de femmes entreprenant un programme d'exercice ont montré que celles qui ressentent plus d'autocompassion sont plus à l'aise dans leur corps et sont moins anxieuses vis-à-vis de l'évaluation sociale de leur physique. Elles s'adonnent à l'exercice avec des motivations plus personnelles de bien-être, qui sont donc moins reliées à des préoccupations sur l'évaluation sociale de leur apparence physique (Neff, 2012).

D'autres recherches ont permis de mettre en lumière des différences fort intéressantes en comparant des individus dont le niveau d'autocompassion est élevé avec d'autres qui manifestent une haute estime de soi. On a constaté



Kristin Neff, professeure à l'Université du Texas à Austin, aux États-Unis, est connue pour ses recherches sur l'autocompassion.

Tableau 3.3 Les dimensions mesurées par l'échelle de l'autocompassion selon Neff

Dimension d'autocompassion	Dimension opposée
Bienveillance envers soi-même Avoir une attitude chaleureuse et compréhensive envers soi-même dans les moments douloureux, d'échec ou de sentiment d'être inadéquat. Reconnaître qu'être imparfait, vivre des échecs ou des difficultés est inévitable.	Jugement négatif sur soi Exercer un jugement négatif exagéré lors des moments douloureux, d'échec ou de sentiment d'être inadéquat. Augmente la souffrance, le stress et la frustration.
Reconnaissance de son humanité Reconnaître que la souffrance et l'échec personnel font partie de l'expérience de chacun, que personne n'y échappe. Cette reconnaissance aide à être moins critique sur ses faiblesses personnelles.	Honte et isolement Éprouver un sentiment irrationnel d'isolement et de honte face à ses propres imperfections, à la souffrance et à l'échec personnel. Croire être la seule personne au monde à vivre aussi difficilement de telles situations.
Présence attentive ou pleine conscience Observer ses pensées et ses émotions négatives telles qu'elles sont, sans essayer de les nier ou de les supprimer, et sans les juger. Le fait de relier ses propres émotions et pensées à la nature humaine aide à percevoir sa propre situation dans une perspective plus large.	Suridentification ou évitement Se suridentifier à ses pensées et à ses émotions au point d'être envahi et emporté par une réactivité négative ; ruminer des émotions pénibles. Tout faire pour éviter l'émergence de pensées ou d'émotions désagréables.

Source : Données tirées de Caron (2013), p. 68.

EXERCICE 3.4 | L'échelle de l'autocompassion

Associez chacun des énoncés à l'une des dimensions de l'échelle d'autocompassion suivantes :

- | | |
|---|--|
| A La bienveillance envers soi-même | D La honte et l'isolement |
| B Le jugement négatif radical sur soi-même | E La présence attentive ou la pleine conscience |
| C La reconnaissance de son humanité | F La suridentification ou l'évitement |

- | | |
|---|--|
| 1. Lorsque je pense à mes incapacités, cela a tendance à me faire sentir plus séparé et coupé du reste du monde. | 7. Lorsque je me sens déprimé, j'ai tendance à penser que la plupart des gens sont probablement plus heureux que moi. |
| 2. Lorsque je me sens déprimé, j'essaie d'aborder mes sentiments avec ouverture et curiosité. | 8. Lorsque les choses vont mal pour moi, je considère les difficultés comme faisant partie de la vie. Tout le monde doit en affronter. |
| 3. Lorsque je me sens déprimé, j'ai tendance à fixer mon attention sur tout ce qui ne va pas et à en être obsédé. | 9. Je peux être un peu sans cœur envers moi-même lorsque je vis une souffrance. |
| 4. Lorsque je ne me sens pas à la hauteur dans une situation, j'essaie de me rappeler que le sentiment d'être inadéquat est vécu par la plupart des gens. | 10. J'essaie d'être compréhensif et patient par rapport aux aspects de ma personnalité que je n'aime pas. |
| 5. Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, je suis envahi par un sentiment d'incompétence. | 11. Lorsque quelque chose me contrarie, je me laisse emporter par mes émotions. |
| 6. Je suis bon envers moi-même quand je souffre. | 12. Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, j'essaie de mettre les choses en perspective. |
- Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.*



Des études portant sur les objectifs de femmes entreprenant un programme d'exercice démontrent que celles dont le niveau d'autocompassion est le plus élevé sont plus à l'aise dans leur corps et moins anxieuses vis-à-vis du regard des autres.

en effet que les personnes présentant un fort degré d'autocompassion cherchent moins à s'autoévaluer, à se sentir supérieures aux autres et se préoccupent moins de l'évaluation des autres à leur sujet (Barnard et Curry, 2011). De plus, elles réagissent de manière moins agressive quand une autre personne exprime un désaccord avec leur point de vue. En fait, dans la définition de ces concepts, on observe une différence importante quant aux conditions permettant d'avoir un niveau élevé d'estime de soi ou d'autocompassion. Une haute estime de soi est souvent considérée comme étant conditionnelle et souvent liée à des comparaisons avantageuses avec les autres (Neff, 2012). Au contraire, l'autocompassion ne repose pas sur des évaluations ou sur l'impression de se sentir spécial ou au-dessus de la moyenne. Il s'agit d'une manière

d'être en relation avec soi-même basée sur la prémisse que tout être humain a droit à la compassion, peu importe ses caractéristiques ou son mérite. Il n'y a aucune condition préalable nécessitant un certain niveau d'intelligence, de succès ou de beauté. On peut aisément considérer que les personnes particulièrement désavantagées par la vie auraient besoin d'encre plus de compassion. Pourtant, pour accroître leur estime de soi, plusieurs personnes font tout pour se démarquer et sortir du lot. L'autocompassion valorise plutôt la connexion et l'inclusion de l'individu dans l'ensemble de l'humanité.

Les craintes et les réticences fréquentes face à l'autocompassion

Quand on leur propose de développer leur autocompassion, certaines personnes se montrent réticentes, car elles craignent de devenir complaisantes, de se montrer égocentriques et de s'apitoyer sur leur sort en devenant moins motivées, voire paresseuses (Barnard et Curry, 2011). Les recherches révèlent pourtant un tableau fort différent : l'autocompassion serait loin de diminuer l'ambition. En effet, cette faculté est associée positivement à un plus grand nombre d'initiatives personnelles ainsi qu'au désir d'atteindre son plein potentiel (Neff, 2012). D'autres recherches ont montré que l'autocompassion est reliée à des niveaux plus élevés de buts de maîtrise (caractérisés par une motivation intrinsèque à apprendre et à croître) ainsi qu'à des niveaux moins élevés de buts de performance (caractérisés par le désir de rehausser l'image de soi). Il semble donc qu'une forte autocompassion n'implique pas d'avoir des buts moins élevés, mais qu'elle permet d'éviter certaines difficultés dans les démarches pour les atteindre. En effet, les comportements d'autosabotage, comme la procrastination, s'observent plus fréquemment chez les personnes avec un bas niveau d'autocompassion (Neff, 2012).

Dans la définition même du concept d'autocompassion, plusieurs éléments permettent d'atténuer les risques d'impacts négatifs évoqués précédemment. La pensée bouddhiste considère que l'autocompassion ne doit pas engendrer l'égocentrisme, mais plutôt la connexion et la compassion envers les autres. Les recherches semblent d'ailleurs confirmer cette idée. En effet, la connexion sociale est corrélée positivement à l'autocompassion (Neff, 2003a). Par ailleurs,

chez la personne qui s'apitoie sur son sort, la souffrance personnelle prend tellement de place qu'elle limite son champ de vision. Or, une composante de l'autocompassion fait référence aux pratiques de présence attentive ou de pleine conscience à l'égard de ce qui se passe autour de soi et en soi. De plus, la complaisance envers soi se distingue de l'autocompassion, car cette dernière permet de discerner clairement ses propres faiblesses sans devoir recourir à des comportements défensifs (Barnard et Curry, 2011).

Les études ont aussi montré que les distorsions dans l'image de soi sont associées à une estime de soi forte ou faible, mais qu'elles sont seulement associées à une faible autocompassion. En d'autres termes, les personnes avec un fort degré d'autocompassion ont généralement une image réaliste d'elles-mêmes, alors que plusieurs personnes avec une estime de soi élevée semblent se surestimer. D'ailleurs, le niveau de narcissisme est plus élevé chez celles qui montrent une estime de soi élevée, alors qu'il ne l'est pas chez celles présentant un niveau supérieur d'autocompassion (Barnard et Curry, 2011). En somme, le fait de tenter de hausser son estime de soi amène certaines personnes à se surestimer et à atteindre un degré de narcissisme qui n'est pas souhaitable. Or, ces deux inconvénients ne semblent pas être provoqués par le rehaussement de l'autocompassion.

3.3.3 Prendre conscience des forces de caractère et les utiliser davantage

Les forces de caractère sont au cœur d'un courant de recherche et d'applications en plein essor depuis le début des années 2000 (Dubreuil, Forest et Courcy, 2013). Ces recherches s'appuient sur la prémisse générale que chaque personne possède naturellement des forces de caractère qu'elle peut reconnaître et utiliser davantage afin de favoriser notamment l'épanouissement et le fonctionnement optimal. En fait, l'étude de diverses définitions permet de dégager trois dimensions importantes de ces forces: «l'aspect naturel (l'authenticité) d'une force, la haute performance (le succès, la facilité, l'apprentissage rapide, le fonctionnement optimal) et l'énergie (la vitalité, l'enthousiasme)» (Dubreuil, Forest et Courcy, 2012, p. 64).

La classification des forces de caractère

Il existe aujourd'hui différents inventaires psychométriques permettant de fonder l'identification des forces de caractère sur des bases scientifiques, dont le *Values in Action Survey* (*VIA Survey*, Peterson et Seligman, 2004), l'inventaire ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches scientifiques (Dubreuil, Forest et Courcy, 2012). Dans cette classification, n'importe quel talent n'est pas considéré comme une force. De nombreux efforts ont été déployés afin d'établir une liste valide de forces de caractère moralement valorisées et largement reconnues dans diverses cultures, d'où l'acronyme VIA signifiant Valeurs en action (en anglais *Values in Action*). Soulignons aussi que les catégories regroupant plusieurs forces sont parfois qualifiées de vertus, justement en raison de la valeur socialement constructive qui leur a été attribuée.

Ces nombreux travaux ont abouti à une classification de 24 forces de caractère regroupées en 6 catégories (ou vertus), présentées dans le tableau 3.4. Mentionnons aussi l'existence de deux autres classifications et tests qui connaissent aussi une large utilisation: le *Clifton Strengths Finder* (Asplund *et al.*, 2007) et le *Realise2* (Linley, 2009).

Tableau 3.4 Les 24 forces de caractère de l'Institut VIA (*Values in Action*)

Sagesse et savoir	
1. Curiosité et intérêt pour le monde	S'intéresser à une variété de sujets et d'expériences
2. Amour d'apprendre	Augmenter ses connaissances sans autre but que ces nouvelles connaissances
3. Perspective, sagesse	Voir la situation dans son ensemble, être considéré comme sage
4. Créativité, originalité	Trouver de nouveaux moyens de faire les choses, avoir du bon sens
5. Ouverture d'esprit, esprit critique	Être un penseur rationnel, ouvert, qui a un bon jugement
Courage	
6. Vaillance, bravoure	Prendre position, dompter sa peur
7. Persistance, persévérance, application	Finir ce que l'on a commencé, ne pas se laisser distraire
8. Intégrité, authenticité, honnêteté	Tenir ses promesses, être sincère et ouvert
9. Ardeur, enthousiasme, vitalité	Vivre la vie pleinement, avoir de l'énergie
Amour et humanité	
10. Capacité d'aimer et d'être aimé	Tenir aux relations intimes aimantes et avoir de telles relations
11. Gentillesse, générosité	Aider les autres, faire preuve d'empathie, prendre soin d'eux
12. Intelligence émotionnelle et sociale	Sentir ce que les autres ressentent, avoir conscience de ses propres sentiments, être à l'aise avec les autres
Justice	
13. Citoyenneté, travail d'équipe, loyauté	Bien fonctionner au sein d'un groupe
14. Qualités de direction	Organiser et motiver les gens
15. Impartialité, équité	Traiter les gens de manière égale, sans discriminer à partir de ses propres préjugés
Tempérance	
16. Maîtrise de soi, autorégulation	Contrôler ses émotions, avoir de la discipline
17. Prudence, attention	Éviter le danger, faire des choix réfléchis
18. Humilité, modestie	Être conscient de la place que l'on occupe dans l'univers
19. Pardon, pitié	Pardoner et oublier les attitudes offensantes
Transcendance	
20. Appréciation de la beauté et de l'excellence	Créer la beauté ou en être inspiré, s'élever par elle
21. Spiritualité, sentiment d'avoir un but, foi, religiosité	Avoir une vocation dans la vie, adopter des croyances cohérentes sur le sens supérieur
22. Espoir, optimisme, avoir l'esprit tourné vers l'avenir	Voir le bon côté des choses, faire des projets d'avenir
23. Gratitude	Remercier les autres, être reconnaissant pour ce que l'on a
24. Humour, espièglerie	Apporter sourires et rires autour de soi, travailler en s'amusant

Source : Traduction libre de Boniwell (2012), p. 155-156 et de Peterson et Seligman (2004).

Les résultats des recherches et des questionnements sur les forces de caractère

L'usage «classique» des forces a été confirmé par une recherche montrant que le fait d'utiliser chaque jour ses principales forces de caractère diminuerait les affects dépressifs et augmenterait le bien-être de manière durable (Seligman *et al.*, 2005). Une autre recherche a permis de constater qu'en mettant en œuvre ses principales forces de caractère autrement, une personne peut accroître son bonheur et atténuer la dépression (Gander *et al.*, 2012). En outre, une recherche longitudinale a montré que l'utilisation optimale de ses principales forces de caractère permet de prédire (jusqu'à six mois à l'avance) une diminution du stress et une augmentation des affects positifs, de la vitalité et de l'estime de soi (Wood *et al.*, 2011).

Boniwell (2012) a fait la synthèse de plusieurs recherches affirmant que l'usage des forces de caractère génère l'optimisme et la résilience, tout en diminuant la sensibilité au stress. Cette chercheuse rapporte aussi qu'un tel usage favorise l'engagement, l'atteinte des buts, la confiance en soi, ainsi qu'une sensation de vitalité et d'énergie, tout en contribuant à donner un sens à sa vie.

En gestion des ressources humaines, l'approche par déficit permet d'assurer les compétences minimales des employés en ciblant leurs faiblesses afin de les corriger (Forest *et al.*, 2011). Par contre, pour qu'ils atteignent leur potentiel optimal, il serait plus efficace de miser sur leurs forces de caractère.

Malgré un consensus apparent sur de nombreux bénéfices que peut apporter l'usage des forces de caractère, Boniwell (2012) soulève quelques critiques et plusieurs questions. Elle souligne tout d'abord que ce système satisfait magnifiquement bien l'idéologie américaine où la réussite semble être tout ce qui compte. Or, même des forces de caractère souhaitables utilisées à outrance pourraient avoir des effets néfastes. Elle met aussi en garde sur le fait que certaines personnes pourraient croire que leurs capacités sont fixées à la naissance, alors qu'elles pourraient tirer profit du fait de porter attention à leurs faiblesses et d'y travailler. Finalement, Boniwell mentionne que les questionnaires ne sont pas toujours la meilleure méthode pour identifier ses forces de caractère.

EXERCICE 3.5 | Les forces de caractère VIA (*Values in Action*)

Associez chacun des énoncés suivants à l'une des 24 forces de caractère VIA (voir le tableau 3.4).

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. PK Subban déborde d'énergie, il est passionné par le hockey et mord pleinement dans la vie. 2. Claude Robinson et Gabriel Nadeau-Dubois sont connus pour savoir tenir tête et prendre position face à des oppositions fortes. 3. Aux Jeux olympiques de 2010 à Vancouver, Joannie Rochette a été totalement bouleversée par le décès soudain et inattendu de sa mère. Elle a fait preuve d'une maîtrise de soi remarquable, mettant de côté temporairement ses émotions et retrouvant toute sa concentration le temps de l'épreuve afin de remporter la médaille de bronze. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Patch Adams a passé beaucoup de temps à taquiner et à faire rire des malades pour qu'ils retrouvent la bonne humeur et gardent le moral. 5. L'auteur-compositeur-interprète Corneille a survécu au génocide rwandais, alors que tout le reste de sa famille a été tué. Après avoir fui le pays, il a fait preuve d'une grande résilience pour se lancer dans de nouveaux projets avec confiance afin de refaire sa vie. |
|--|---|

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

3.4 Les effets de la santé psychologique et du bien-être

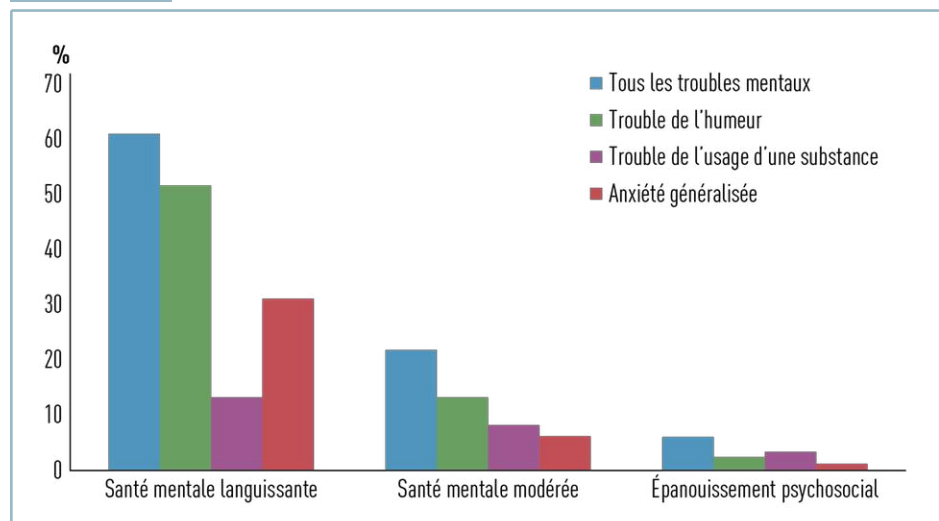
Pour boucler ce tour d'horizon des multiples conceptions de la santé psychologique et du bien-être, examinons plus spécifiquement certains des effets que les recherches permettent d'entrevoir: diverses formes de recherche montrent en effet qu'être heureux n'est pas uniquement agréable; elles montrent aussi que le bonheur et le bien-être peuvent entraîner de nombreux autres bénéfices.

3.4.1 Les liens entre l'épanouissement psychosocial, les maladies et l'espérance de vie

De nombreuses recherches viennent confirmer que l'épanouissement psychosocial offre de nombreux bénéfices supplémentaires à la simple absence de troubles mentaux (Keyes et Michalec, 2009). La figure 3.3 illustre que plusieurs troubles mentaux surviennent bien plus fréquemment chez les personnes dont la santé mentale est languissante et bien plus rarement chez les personnes en épanouissement psychosocial.

De même, plusieurs problèmes physiques (par exemple maux de dos, maux d'estomac, diarrhées, migraines et maux de tête, arthrite, etc.) surviennent plus fréquemment chez les personnes dont la santé mentale est languissante (Keyes, 2005c; Keyes, 2007), et celles-ci ont une espérance de vie plus courte. Des recherches tentent de mieux comprendre les mécanismes de ce phénomène (Keyes et Simoes, 2012).

Figure 3.3 La santé mentale positive et la prévalence de troubles mentaux dans la population canadienne, 2012



Source : Adapté de Gilmour (2014).

3.4.2 L'effet durable d'émotions éphémères : la théorie étendre-et-développer

Les chercheurs ont compris depuis longtemps l'utilité des émotions négatives dans la survie de l'espèce. Par exemple, la peur permet d'anticiper le danger pour fuir assez vite, la colère fournit l'énergie pour se défendre vigoureusement et le dégoût permettait d'éviter l'empoisonnement à l'époque où il n'y avait pas de date de péremption sur les aliments consommés. Par contre, les fonctions des émotions positives ont longtemps semblé beaucoup moins claires. Ce n'est que récemment que des recherches ont mis en évidence que les émotions positives ont des fonctions très distinctes des émotions négatives ainsi que des influences à plus long terme sur la survie de l'espèce. Cet éclairage nouveau provient de la théorie « étendre-et-développer » (en anglais *broaden-and-build theory*) (Fredrickson, 1998 ; 2001) que nous présenterons ici.

Les émotions négatives provoquent souvent un rétrécissement de l'attention, qui devient très concentrée, par exemple, sur une source de danger. Sous l'effet de la peur déclenchée par les grondements d'un chien, une personne concentrera fortement son attention sur cet animal afin de voir s'il est attaché, si son maître est présent, et elle cherchera des manières de se protéger d'une morsure possible. Pendant ce moment, il semble logique que la personne apeurée ait moins de chance de remarquer la beauté d'un ciel radieux ou une mélodie entraînante que diffuse un haut-parleur.

Au contraire des émotions négatives, les émotions positives semblent étendre l'attention qui devient plus large, ouverte et créative, permettant de développer davantage les ressources psychologiques, physiques et sociales durables qui pourront être utiles à long terme (et qui ont augmenté les chances de survie de nos ancêtres) (Conway *et al.*, 2011).

Sur le plan social, une personne vivant souvent des émotions positives aurait une attention élargie, ce qui l'amènerait à percevoir un plus grand nombre de personnes intéressantes et de nouvelles occasions de socialiser (étendre). Elle pourrait ainsi établir de bonnes relations susceptibles de devenir des ressources précieuses (développer). En effet, quand surviennent des moments plus difficiles, les relations établies peuvent offrir un soutien social et une aide concrète appréciable.

Sur le plan des études, un étudiant qui vit des émotions agréables dans un domaine de formation serait plus ouvert, curieux, poussé à lire davantage et à profiter des occasions possibles pour approfondir certains sujets et en discuter avec ses professeurs et ses collègues de classe (étendre). On peut prédire qu'en conséquence, les connaissances et compétences de cet étudiant augmenteraient considérablement dans ce domaine, ce qui pourrait élargir ses horizons de carrière, par exemple (développer).

Prenons un dernier exemple, sur le plan sportif : une personne qui vit des émotions agréables serait davantage ouverte et intéressée à diverses pratiques et principes favorisant la performance (étendre). À plus long terme, ces

activités et ces principes pourraient se traduire par une meilleure forme cardiovasculaire, une musculature bien développée et une bonne coordination (développer).

Ainsi, il se peut bien que l'on ait sous-estimé les influences cumulatives des émotions positives. Chaque émotion est éphémère et, spontanément, on a tendance à penser qu'elle n'est agréable qu'au moment où elle est ressentie. Cependant, la théorie étendre-et-développer permet de comprendre que l'effet cumulatif d'émotions positives peut jouer un rôle déterminant dans le développement de ressources sociales, cognitives et physiques, lesquelles auraient pu favoriser la survie de nos ancêtres et pourraient avoir un effet significatif sur les conditions de vie moderne.

3.4.3 Le bonheur et la réussite

La plupart des gens croient que la réussite dans divers domaines entraîne le bonheur. Or, l'inverse est aussi vrai: le bien-être favorise le succès, comme le confirme une compilation de 225 articles scientifiques (méta-analyse) totalisant 275 000 participants (Lyubomirsky, King et Diener, 2005). L'étude traite de diverses formes de succès, dont la réussite conjugale, le succès professionnel, la santé, la longévité, etc. Par exemple, une personne qui démontre un plus grand niveau de bien-être aujourd'hui aura statistiquement de meilleures chances d'établir plus tard une relation de couple satisfaisante et durable. Certains penseront alors qu'elle est heureuse grâce à sa relation de couple, mais ce sera peut-être plutôt parce qu'elle était d'abord heureuse qu'elle a ensuite pu développer une relation satisfaisante. Par ailleurs, la recherche montre que le bonheur apporte d'autres bénéfices tels que des comportements plus prévenants envers les autres, une plus grande maîtrise de soi, davantage de créativité, une plus grande persistance dans les situations difficiles, des relations plus satisfaisantes, une guérison plus rapide lors d'une maladie, etc. (Boniwell, 2012). En somme, être heureux n'est pas simplement agréable: le bonheur semble augmenter les chances d'avoir une vie productive et de contribuer à la vie sociale.

3.4.4 Les enjeux de la santé psychologique dans le monde du travail

La santé psychologique est aussi un enjeu important dans le monde du travail, non seulement pour la qualité de vie des employés, mais aussi pour l'engagement, la motivation, la productivité, la santé, l'énergie, l'absentéisme, la rétention des employés talentueux, etc. La théorie de l'autodétermination (TAD) fournit un cadre d'analyse solide pour comprendre et influencer sur ces enjeux. Cette théorie a connu un formidable développement ces dernières années, donnant lieu à une croissance exponentielle des articles scientifiques publiés à ce sujet (Sarrazin *et al.*, 2011). Cet immense intérêt à l'égard de la TAD est aussi attribuable à sa grande polyvalence, qui permet de l'appliquer avec succès dans bien d'autres domaines comme l'éducation, la santé, le sport, les relations intimes, la protection de l'environnement, etc. (Sarrazin *et al.*, 2011). La rubrique En relief qui suit présente les répercussions les plus importantes de la satisfaction de certains besoins des employés selon la théorie de l'autodétermination.

La santé mentale au travail, la théorie de l'autodétermination et la satisfaction des besoins

Par Jacques Forest

Au Canada, la santé mentale au travail est devenue un enjeu très préoccupant pour les gestionnaires et les chefs d'entreprise (Watson Wyatt, 2005). Au Québec, plus du tiers des travailleurs disent ressentir un stress élevé dans leur travail (Bordeleau et Traoré, 2007), et les réclamations déposées à la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour des problèmes psychologiques ont plus que doublé en 10 ans (CSST, 2003). En 2001, l'Organisation mondiale de la santé prévoyait que la dépression deviendrait la deuxième cause d'invalidité dans le monde, derrière les problèmes cardiaques (OMS, 2001).

La présence d'employés en bonne santé mentale est importante et précieuse pour les entreprises. Ainsi, les études démontrent que l'absentéisme est plus faible chez ce groupe de personnes, qui utilisent moins les services de santé, sont plus résilientes et ont des objectifs de vie plus clairs (Keyes, 2007). Elles sont également plus performantes au travail (Cropanzano et Wright, 1999 ; Judge *et al.*, 2001) et adoptent davantage des comportements de citoyenneté organisationnelle (Lee et Allen, 2002). Ultimement, tous ces effets positifs de la santé mentale améliorent la performance organisationnelle (Harter *et al.*, 2003).

Toutes les entreprises désirent avoir des employés motivés, mais encore faut-il savoir ce qui motive ces individus. Ainsi, la motivation est un concept qui ne varie pas uniquement en intensité, mais aussi en qualité. En d'autres mots, la motivation peut prendre plusieurs formes et celles-ci peuvent exister à divers degrés chez un travailleur. Selon la théorie de l'autodétermination (TAD), la satisfaction des besoins psychologiques est un mécanisme important pour expliquer comment se développent et persistent les bons types de motivation, et comment il est possible de modérer ou de prévenir l'apparition des types de motivation moins favorables. Il s'agit en quelque sorte de la « courroie de transmission » entre les sources de satisfaction des besoins, les types de motivation qui se développeront et les conséquences qui en résulteront.

Un besoin est un élément essentiel qui, lorsqu'il est comblé, mène au bien-être, à l'émancipation, à l'adaptation et au fonctionnement optimal de l'individu. Par contre, lorsqu'un besoin ne peut être satisfait, la frustration réduit le bien-être, accroît la détresse, nuit au fonctionnement de la personne et affecte ou met en péril sa santé psychologique (Deci et Ryan, 2008). À la lumière de la TAD et des



Jacques Forest est professeur au département d'organisation et ressources humaines à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM, psychologue organisationnel et conseiller en ressources humaines agréé (CRHA).

nombreuses recherches qu'elle a suscitées, il apparaît que trois besoins, parmi la grande variété de besoins que l'être humain peut ressentir, apparaissent comme étant particulièrement importants pour la vie au travail (et pour d'autres domaines de la vie) : les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale.

Le besoin d'autonomie

Le besoin d'autonomie fait référence à la possibilité de s'engager dans des activités à la suite d'un libre choix et d'être à l'origine de ses propres comportements. Il s'agit pour l'individu de sentir qu'il est l'instigateur et le régulateur de ses actions et que celles-ci sont conformes à ses valeurs. Un employé dont le besoin d'autonomie est satisfait affirmera qu'il se sent libre de faire son travail comme il le souhaite, d'exprimer ses opinions et de partager ses idées. Il aura l'impression qu'il peut se montrer tel qu'il est au travail. À l'opposé, un employé dont le besoin d'autonomie n'est pas satisfait dira qu'il sent une pression s'exercer sur lui, qu'il n'a pas vraiment de latitude dans le choix de ses actions au quotidien et qu'il doit exécuter les ordres sans avoir son mot à dire. De plus, au-delà de la promotion du sentiment de liberté et de l'atténuation de celui d'être brimé, la satisfaction du besoin d'autonomie dans le contexte du travail remplit deux rôles importants. D'une part, elle est souvent le prisme à travers lequel les employés interpréteront leur vécu global au travail

et qui fera en sorte qu'ils seront satisfaits ou non de leur emploi en général. D'autre part, le besoin d'autonomie est souvent la condition fondamentale à remplir si l'on veut satisfaire les deux autres besoins de compétence et d'affiliation sociale.

Le besoin de compétence

Le besoin de compétence est lié au fait de connaître le succès dans des tâches comportant un défi optimal et d'atteindre les résultats souhaités, tout en prévenant les conséquences indésirables. Un employé dont le besoin de compétence est satisfait dira, par exemple, qu'il est capable d'apprendre de nouvelles choses, que les gens le trouvent compétent dans ce qu'il fait et qu'il vit la plupart du temps un sentiment d'accomplissement au travail. Par contre, un employé qui ne peut combler son besoin de compétence déclarera qu'il a rarement la chance de montrer de quoi il est capable au travail et qu'il ne se sent pas très compétent dans ses fonctions. La satisfaction de ce besoin est particulièrement importante au travail, car il permet à l'employé de répondre aux exigences de son rôle et d'être performant dans ses fonctions.

Le besoin d'affiliation sociale

Le besoin d'affiliation sociale a trait au fait d'avoir l'impression qu'on appartient à un milieu donné; l'individu éprouve alors envers les autres des

sentiments de confiance, de respect et l'envie d'être attentionné. Les employés dont le besoin d'affiliation sociale est satisfait apprécient les personnes avec qui ils travaillent, ils ont des amis parmi leurs collègues et ils sentent que les gens dans leur milieu de travail se soucient d'eux également. À l'inverse, les travailleurs dont le besoin d'affiliation sociale n'est pas comblé diront qu'ils ont peu de contacts sociaux au travail, peu de relations de confiance parmi leurs collègues et qu'ils ne se sentent pas très appréciés. La satisfaction de ce besoin est cruciale pour l'être humain puisque, sans relations sociales saines et satisfaisantes, la coopération et la collaboration pour l'atteinte des objectifs organisationnels ne sont pas possibles. Le tableau ci-bas présente de nombreuses conséquences de la satisfaction ou de la frustration des besoins psychologiques fondamentaux selon la TAD.

Face à un monde du travail complexe et qui semble parfois difficile à décoder, la TAD offre un cadre d'analyse scientifiquement solide et utile sur le plan de la pratique pour savoir comment stimuler le bien-être et la performance (au sens large) par l'augmentation de la satisfaction des besoins et de la motivation autonome et la réduction simultanée de la frustration des besoins et de la motivation contrôlée.

Les trois besoins psychologiques fondamentaux

Besoin...	Description
1. d'autonomie	Se sentir libre et en accord avec ses valeurs
2. de compétence	Être efficace et performant
3. d'affiliation sociale	Se trouver dans un climat de travail sain et productif

Les conséquences de la satisfaction des besoins d'autodétermination

	Motivations psychologiques	Motivations physiques	Motivations comportementales (et économiques)
Satisfaction des besoins fondamentaux (motivations «autonomes»: spontanées, choisies, volontaires)	<ul style="list-style-type: none"> Plus de bien-être Plus de concentration et de plaisir au travail Plus d'engagement affectif 	<ul style="list-style-type: none"> Plus d'énergie et de vitalité 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de partage d'information Plus d'entraide Plus de performances
Frustration des besoins fondamentaux (motivations «contraintes»: obligées, contrôlées par des pressions)	<ul style="list-style-type: none"> Plus de détresse Plus d'épuisement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de malaises physiques 	<ul style="list-style-type: none"> Intention de partir (ou départ) plus élevée Plus d'absences de courte et de longue durée Plus de présentéisme

Bien que nos ancêtres se soient déjà intéressés intuitivement à ces questions, l'étude scientifique du bonheur et de la santé psychologique en est à ses débuts : elle est encore toute récente et de nombreuses avancées sont nécessaires pour arriver à maturité (David, Boniwell et Conley Ayers, 2013). Il faut notamment souligner l'importance de clarifier les définitions et les instruments de mesure du bonheur et du bien-être. Même si elles sont plus longues et coûteuses, les recherches devraient aussi analyser l'efficacité des interventions visant à favoriser la santé psychologique sous différentes formes : l'épanouissement psychosocial, la flexibilité psychologique, les bien-être hédonique et eudémonique, etc.

Même si ce chapitre fait état de nombreuses recherches sérieuses, on trouve aussi dans la vie de tous les jours plusieurs propositions simplistes offrant des promesses de bonheur facile dont l'efficacité n'a pas été établie et qui peuvent contribuer à la tyrannie du bonheur évoquée plus tôt. La popularité du sujet lui donne aussi un potentiel commercial indéniable, si bien que des résultats scientifiques embryonnaires risquent d'être utilisés prématurément sans nuances et parfois d'être récupérés de façon néfaste par des « gourous » ou des intervenants ne maîtrisant pas suffisamment le domaine (Azar, 2011). Il importe d'éviter de généraliser trop rapidement alors que la signification du bonheur et les ingrédients qui le composent varient souvent d'une culture à l'autre, voire d'une personne à l'autre (David, Boniwell et Conley Ayers, 2013).

Heureusement, les concepts mis de l'avant par les recherches évoquées sur la santé psychologique, le bien-être et le bonheur font déjà l'objet de plusieurs applications prometteuses. Le chapitre en a mentionné quelques-unes dans le monde du travail, mais le domaine de l'éducation est aussi le lieu d'initiatives intéressantes (Bazinet, 2015 ; Boniwell, 2011 ; Martin-Krumm et Boniwell, 2015).

RÉSUMÉ

La santé mentale positive

- La recherche scientifique vouée à mieux comprendre la santé psychologique, le bien-être et le bonheur a augmenté de manière marquée depuis une quinzaine d'années.
- La santé mentale positive est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, relever des défis, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Elle se distingue de ce fait du continuum des troubles mentaux, qui correspond à la présence ou à l'absence de troubles mentaux dans les 12 derniers mois.
- Les 13 critères diagnostiques de la santé mentale positive permettent d'évaluer le bien-être émotionnel, le fonctionnement psychologique et le fonctionnement social d'une personne.
- À l'une des extrémités du continuum de la santé mentale positive se trouve l'épanouissement psychosocial, et à l'autre la santé mentale languissante.



Fiche de révision

- La santé mentale complète correspond à la combinaison de l'état le plus favorable sur chacun des deux continuums, c'est-à-dire à l'épanouissement psychosocial sur l'axe de la santé mentale positive combiné à l'absence de diagnostic pendant les 12 derniers mois sur l'axe des troubles mentaux.

La flexibilité psychologique et la présence attentive

- La flexibilité psychologique définit la capacité d'une personne à être en contact avec ses pensées et ses sentiments du moment présent sans se juger ni se laisser submerger par ces émotions et ces pensées, et à s'engager dans l'action dans le respect de ses propres valeurs.
- La rigidité psychologique découle d'une lutte intérieure continue ou de l'adoption de comportements visant à éviter les émotions et les pensées désagréables, avec le risque de négliger des objectifs importants et de ne plus agir en fonction de ses valeurs (puisque les efforts sont majoritairement consacrés à l'évitement et à la lutte).
- La présence attentive consiste à porter délibérément attention à l'expérience du moment présent (interne, tel que les sensations, pensées ou émotions, et externe, tel que ce qui est entendu, vu, etc.) avec ouverture, curiosité et bienveillance.
- Il est possible d'augmenter sa flexibilité psychologique en acquérant et en développant des habiletés de présence attentive par certains exercices spécifiques ou par la méditation pleine conscience.

Le bien-être et le bonheur

- Dans la perspective hédonique, le bonheur est associé à une vie plaisante et à un bien-être subjectif marqué par la détente, l'amusement, la facilité et le plus d'émotions agréables possible.
- La perspective eudémonique considère plutôt que le bonheur émerge d'actions qui permettent d'atteindre des objectifs orientés par exemple vers une contribution à la société, l'établissement de relations interpersonnelles significatives ou la mobilisation de ses ressources visant le dépassement de soi ou l'actualisation.
- Ces deux perspectives ont des fonctions complémentaires : pour atteindre une satisfaction de vie durable, il est préférable de poursuivre des objectifs basés sur des défis personnels et des valeurs importantes, tout en cherchant à vivre de façon ponctuelle des moments de plaisir plus légers et moins complexes.
- Le PERMA est un modèle intégrateur du bien-être et de l'épanouissement. Il permet de mesurer le bien-être en évaluant les composantes suivantes : les émotions positives, l'engagement, les relations positives, le sens à donner à sa vie et les accomplissements.

La relation avec soi-même

- Un certain degré d'estime de soi semble faire partie des besoins humains importants. Les liens entre plusieurs troubles de santé mentale et une basse estime de soi sont d'ailleurs bien connus. Cependant, la préoccupation collective au sujet de l'image de soi semble entraîner parfois des effets secondaires non souhaitables (comme des biais autoavantageux impliquant une perception faussée de la réalité permettant de s'estimer supérieur aux autres).
- L'autocompassion correspond à la capacité d'un individu de regarder sa propre souffrance avec sensibilité et acceptation. Elle implique la bienveillance envers soi-même plutôt que les jugements négatifs et le déni, la reconnaissance et l'acceptation de son humanité plutôt que la honte et l'isolement, et la présence attentive ou la pleine conscience plutôt que la suridentification ou l'évitement.
- Chaque personne possède naturellement des forces de caractère qu'il est possible d'identifier et d'utiliser davantage afin de favoriser l'épanouissement, le fonctionnement optimal, l'estime de soi et la vitalité en plus de diminuer les affects dépressifs et le stress. La classification VIA regroupe 24 forces réparties dans les catégories suivantes : la sagesse et le savoir, le courage, l'amour et l'humanité, la justice, la tempérance et la transcendance.

Les effets de la santé psychologique et du bien-être

- Des recherches ont établi des liens entre l'épanouissement psychosocial, les maladies et l'espérance de vie. Statistiquement, l'épanouissement psychosocial est associé à une meilleure santé (physique et mentale) et à une espérance de vie plus élevée.
- La théorie étendre-et-développer s'appuie sur le fait que les émotions éphémères ont un effet durable parce qu'elles engendrent un élargissement de l'attention et une construction des ressources.
- Une synthèse de nombreuses recherches montre que le niveau de bonheur augmente les probabilités d'avoir une vie productive et de contribuer à la vie sociale.
- La théorie de l'autodétermination montre les avantages associés à un emploi qui permet de répondre aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. Quand ces besoins sont comblés, on observe notamment une diminution de l'absentéisme et de la détresse ainsi qu'une augmentation de l'engagement, de la concentration, de la performance, du bien-être et de l'entraide.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

André, C. (2010). *La méditation de pleine conscience. Cerveau et psycho*, 41, 18-24.

Christopheandre.com/meditation_CerveauPsycho_2010.pdf

Association canadienne de psychologie positive
positivepsychologycanada.com

Boniwell, I. (2012). *Introduction à la psychologie positive - Science de l'expérience optimale*. Paris: Payot.

Grégoire, S. et al. (2016). *La présence attentive (mindfulness): état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA)
www.gripa.uqam.ca/

International Positive Psychology Association (IPPA)
www.ippanetwork.org

Kashdan, T. et Ciarrochi, J. (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. Oakland: New Harbinger.

Keyes, C. (2014, juin). *A positive approach to healthcare: Dr. Corey Keyes. TEDx Talks Atlanta*.
www.youtube.com/watch?v=TYHOI3T32VA

Lyubomirsky, S. (2014). *Qu'est-ce qui nous rend vraiment heureux?* Paris: Les arènes.

Martin-Krumm, C. et Tarquinio, C. (2011). *Traité de psychologie positive: fondements théoriques et implications pratiques*. Bruxelles: De Boeck.

Neff, K. (2013, février). *The Space Between self-esteem and self compassion: Kristin Neff. TEDx Talks*.
www.youtube.com/watch?v=IvtZBUSplr4

Psychologie positive Québec
www.facebook.com/groups/psychologiepositivequebec/?fref=ts

Science, conscience et bien-être: ateliers de méditation pleine conscience - Faculté de médecine, Université de Montréal
medecine.umontreal.ca/communaute/les-etudiants/bureaudes-affaires-etudiantes-vie-facultaire-et-equilibre-de-vie/essence

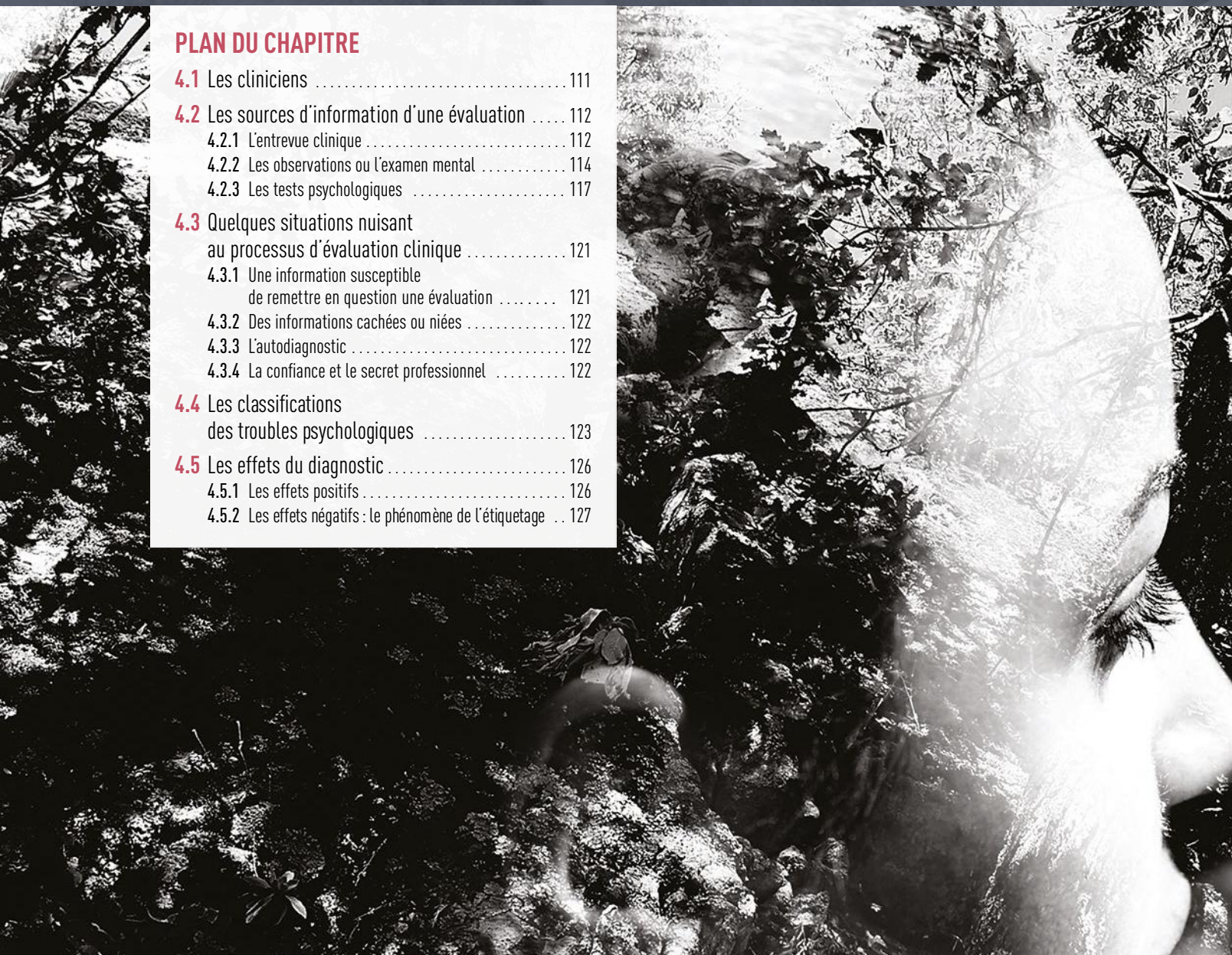
Seligman, M. (2004, février). *La psychologie positive selon Martin Seligman. TEDx Talks*.
www.ted.com/talks/martin_seligman_on_the_state_of_psychology?language=fr-ca

L'ÉVALUATION CLINIQUE ET LE PROCESSUS DIAGNOSTIQUE

Par Luce Marinier et Julie-Anne Lalonde

PLAN DU CHAPITRE

4.1 Les cliniciens	111
4.2 Les sources d'information d'une évaluation	112
4.2.1 L'entrevue clinique	112
4.2.2 Les observations ou l'examen mental	114
4.2.3 Les tests psychologiques	117
4.3 Quelques situations nuisant au processus d'évaluation clinique	121
4.3.1 Une information susceptible de remettre en question une évaluation	121
4.3.2 Des informations cachées ou niées	122
4.3.3 L'autodiagnostic	122
4.3.4 La confiance et le secret professionnel	122
4.4 Les classifications des troubles psychologiques	123
4.5 Les effets du diagnostic	126
4.5.1 Les effets positifs	126
4.5.2 Les effets négatifs : le phénomène de l'étiquetage ..	127



Comment savoir si une personne souffre d'un trouble de santé mentale ou a simplement un caractère extravagant ? Comment déterminer si l'on doit administrer des médicaments à un enfant dont le comportement dérange les autres ? Comment reconnaître qu'un accusé est inapte à subir son procès pour cause de troubles mentaux ? L'une des tâches les plus ardues auxquelles les psychologues et les psychiatres sont confrontés est de déterminer si une personne est en bonne santé mentale ou aux prises avec un trouble psychologique. C'est, en outre, une question que se posent la plupart des gens un jour ou l'autre, et plus particulièrement les criminologues, les avocats et les juges lorsqu'ils sont confrontés à des individus aux comportements surprenants. En réalité, acquérir la capacité de faire la distinction entre ce qui est « normal » et « anormal » exige une formation universitaire en médecine ou en psychologie. Et, même après ces années d'apprentissage, certains professionnels reconnaissent qu'il est difficile d'établir une telle distinction. C'est pourquoi il faut user de grandes précautions et examiner attentivement un maximum d'informations avant de pouvoir établir un diagnostic sûr. En psychologie, poser un diagnostic signifie appliquer ses connaissances pour déterminer ce dont souffre psychologiquement la personne qui vient consulter, et ce, à la lumière des renseignements recueillis lors d'entretiens cliniques et de tests psychologiques. Des nuances, un esprit critique et une ouverture à la remise en question du jugement clinique permettent d'éviter des erreurs dont les conséquences peuvent être dramatiques pour la personne concernée, pour son entourage, voire pour la société tout entière. L'évaluation de l'état psychologique d'une personne est un processus plutôt qu'une fin en soi. Souvent, le professionnel indique que le diagnostic est provisoire ou probable, et qu'il doit revoir la personne plus tard afin de constater l'évolution du trouble avant de le confirmer. Et puisque certains symptômes sont communs à plusieurs troubles, comme la tristesse et l'anxiété, il devient difficile de préciser leur origine et de poser un diagnostic précis.

Ce chapitre a pour but d'expliquer certains éléments du processus d'évaluation clinique visant à l'établissement d'un diagnostic. En premier lieu, nous présenterons les cliniciens, qui sont surtout psychiatres ou psychologues. Dans un deuxième temps, nous décrirons quelques facteurs risquant de nuire au processus d'évaluation. Ensuite, nous expliquerons les entrevues, les observations et les tests qui constituent les sources d'information qu'utilisent les cliniciens afin d'effectuer la collecte d'un maximum de données pour dresser un portrait nuancé de la personne qui consulte. Nous aborderons également les classifications des troubles psychologiques, utiles aux cliniciens lorsqu'ils établissent les diagnostics. Enfin, nous discuterons des effets tant positifs que négatifs de l'établissement d'un diagnostic, dont l'étiquetage.

4.1 Les cliniciens

On nomme cliniciens les professionnels de la santé qui établissent des diagnostics en observant directement les personnes. Au Québec, ce sont principalement les médecins (dont les psychiatres) et les psychologues qui sont autorisés à effectuer une évaluation psychologique menant à un diagnostic de trouble mental (Lorquet, 2009). Sous réserve d'une attestation de formation spécifique, le sexologue peut être autorisé à réaliser l'évaluation des troubles sexuels en collaboration avec les psychologues et les médecins (Association des sexologues du Québec, 2013). Les conseillers en orientation et les infirmières peuvent aussi poser un diagnostic de trouble mental s'ils ont une formation pertinente (Ordre des psychologues du Québec, 2011). Lors d'une évaluation clinique, le professionnel cherche à exercer un jugement sur ce que la personne vit et sur des pistes explicatives concernant la façon dont elle en est arrivée à se trouver dans la situation actuelle. Selon le cas, le clinicien peut également faire des recommandations relatives au traitement.

Puisque le terme « clinique » désigne également un lieu, on pourrait dire que les cliniciens pratiquent dans des cliniques (cliniques, CSSS, groupes de médecine familiale, services de consultation externe d'un hôpital, cliniques privées ou cabinets). Mais le terme « clinique » renvoie surtout au contact en tête-à-tête avec une personne, sur l'idée de proximité, sur ce que le professionnel comprend de son patient à son contact. Durant ces rencontres individuelles, l'intervenant discute avec la personne de sa situation et peut confronter ce qu'elle lui rapporte avec ses propres observations. Dans cette conception moins stricte, il est possible de considérer comme des cliniciens d'autres professionnels que les médecins et les psychologues, par exemple les criminologues, les sexologues, les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs et des infirmières.

Il est parfois ardu de distinguer les médecins des psychologues dans leur travail clinique. En effet, leurs interventions sont parfois similaires et souvent complémentaires. Pour simplifier, on peut affirmer qu'en médecine, l'accent est mis sur les facteurs biologiques de la maladie mentale. Les médecins, dont les psychiatres, sont les experts en biologie humaine et sont les seuls à pouvoir prescrire des médicaments, une électroconvulsivothérapie ou une chirurgie pour traiter un problème de santé mentale. Ils sont aussi en mesure d'effectuer un bilan médical complet afin d'écartier d'autres types de problèmes médicaux (diabète, déséquilibre hormonal, déficits minéraux, etc.). En effet, une **comorbidité**, c'est-à-dire la présence d'un autre trouble, physique notamment, peut expliquer des troubles de l'humeur et neurocognitifs. Aussi, parce que les psychiatres sont souvent rattachés à des hôpitaux, ils sont amenés à traiter des cas plus complexes que les psychologues, qui sont moins nombreux à œuvrer en milieu hospitalier. Enfin, bien qu'on ait l'habitude de qualifier les médecins de docteurs ou D^r, les psychologues qui ont terminé un doctorat peuvent aussi être nommés docteurs (comme toute personne ayant un doctorat dans n'importe quelle discipline).

Les interventions des psychiatres comportent souvent des éléments de psychothérapie. Néanmoins, cette pratique professionnelle est surtout la spécificité des psychologues. En effet, en **psychologie clinique**, c'est par la parole, les observations et les tests qu'on tente d'aider la personne à mieux



Dans la pratique de la psychologie ou de la médecine, la consultation doit se dérouler en contact avec la personne, car elle implique la considération de son point de vue lorsque le clinicien établit un diagnostic.

Comorbidité

Présence simultanée d'au moins deux troubles (physiques ou psychologiques) chez la même personne.

Psychologie clinique

Domaine de la psychologie qui vise à travailler directement auprès d'individus (enfants, adultes, personnes âgées) ou de groupes en utilisant un vaste éventail de méthodes d'évaluation et d'intervention dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale.



▼ Pour bien comprendre l'unicité de chaque personne et pouvoir contextualiser ses symptômes et ses difficultés, le clinicien doit l'écouter raconter sa version personnelle de son histoire avec empathie et respect.

Entrevue clinique

Entretien permettant de colliger des informations dans le but d'orienter l'intervention et de comprendre la personne qui consulte.

Alliance thérapeutique

Lien de confiance et de collaboration entre le client et le clinicien contribuant à l'efficacité de la relation d'aide.

se comprendre. Bien que le psychologue connaisse les médicaments et le fonctionnement biologique général, ses interventions ne sont pas axées sur ces aspects. La psychologie clinique peut aussi s'orienter vers la recherche plutôt que vers la pratique de la psychothérapie comme telle. Elle est alors plus théorique et plus globale, lorsqu'on tente par exemple de comprendre les éléments contribuant à la réussite d'une psychothérapie.

Au Québec, depuis juin 2012, l'exercice de la psychothérapie et l'usage du titre de psychothérapeute sont réservés aux psychologues, aux médecins et aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre

des psychologues du Québec (Office des professions du Québec, 2013) (voir le tableau 1.2 du chapitre 1, dans lequel sont décrits les principaux champs d'exercice des professionnels et intervenants en santé mentale).

4.2 Les sources d'information d'une évaluation

Durant une évaluation, le clinicien utilise principalement trois grandes sources d'information: l'entrevue clinique, les observations ou l'examen mental et les tests psychologiques.

4.2.1 L'entrevue clinique

L'**entrevue clinique** consiste en une rencontre entre un clinicien et son client (ou patient). Elle permet de colliger diverses informations et de les organiser afin d'en dégager un sens, autant pour orienter une intervention que pour mieux comprendre la personne qui consulte. La démarche employée par le psychologue s'articule en fonction de l'approche théorique à laquelle il adhère: psychanalytique, humaniste, comportementale, cognitive ou psychobiologique (voir le chapitre 1). Il est primordial que le clinicien saisisse la situation du point de vue de la personne, qu'il soit empathique et établisse un climat de confiance afin de construire une **alliance thérapeutique** avec son client.

La première rencontre avec un professionnel de la santé mentale est une expérience importante. En effet, dès les premiers instants, selon les impressions et les perceptions de la personne qui consulte, une relation naît entre elle et son clinicien qui, lui aussi, a ses propres impressions et perceptions. Plusieurs cliniciens provenant de divers horizons théoriques affirment que ce qui se passe durant la première entrevue est annonciateur de ce qui se déroulera tout au long du processus thérapeutique (Cruz et Pincus, 2002). En effet, les thèmes abordés, mais aussi la dynamique relationnelle, apparaissent souvent dès la première rencontre.

Souvent, les personnes désignent d'emblée leur motif de consultation principal comme étant le problème qui les a amenées à consulter. Cependant, d'autres motivations pourraient être tout aussi importantes, voire capitales.

EN RELIEF**L'entrevue clinique à la télé**

Pour les personnes intéressées par la psychologie clinique, la télésérie *En analyse* (*In Treatment* dans la version américaine, Home Box Office, 2008-2010) est un incontournable. (Il existe également la version québécoise de cette télésérie, *En thérapie*, avec François Papineau et Élise Guilbault.)

Le premier intérêt de la série réside dans sa structure : le téléspectateur assiste aux séances du psychanalyste Paul Weston avec ses patients, sans effets spéciaux ni accès au discours interne des personnages. Les entrevues se déroulent essentiellement dans un cadre thérapeutique, et des évaluations cliniques y sont régulièrement présentées. Au cours de l'une de ces entrevues, le D^r Weston s'adapte à la demande d'une adolescente nommée Sophie. On comprend vite que la souplesse dont il fait preuve est une excellente stratégie pour créer une alliance thérapeutique avec cette gymnaste, espoir olympique présentant des tendances suicidaires.

Le second intérêt de cette série se trouve dans le fait que le téléspectateur suit l'évolution des patients et de leur thérapie, chacune de ces thérapies s'échelonnant sur plusieurs semaines. On assiste en outre, à la fin de chaque rencontre, à la supervision clinique du D^r Weston par son ancienne professeure et analyste, la D^{re} Gina Toll. Grâce à leurs discussions, le téléspectateur réalise tout l'impact du travail thérapeutique sur les patients : les notions de transfert

et de contre-transfert y sont largement exploitées. Durant la troisième saison, à la suite d'une dispute avec Gina, le D^r Weston rencontre une seconde analyste, Adele. Ces échanges avec les deux femmes renseignent sur la pratique des psychanalystes, sur leurs difficultés et sur l'avancement de la thérapie des patients du D^r Weston.



Le personnage principal, le psychanalyste D^r Paul Weston, en séance de supervision avec la D^{re} Gina Toll. Dans le but de diminuer les effets de leur propre subjectivité dans leur travail, plusieurs cliniciens vont en supervision clinique afin de vérifier leurs interventions et de parler de ce qui les touche dans leur travail (par exemple, leurs émotions, leurs doutes, etc.).

C'est pour cette raison que le motif de consultation initial peut changer au cours de l'évaluation et que le jugement professionnel de l'intervenant est primordial. Afin d'identifier le motif de consultation précis, le clinicien pose des questions telles que : « Qu'est-ce qui vous a motivé et décidé à téléphoner pour avoir ce rendez-vous ? » ou « Selon vous, quel serait le problème principal à régler afin de vous rendre plus heureux ? », tout en sachant que les réponses à ces questions ne sont pas suffisantes.

Le clinicien s'assure de saisir les interactions entre les différents aspects de la vie de la personne tels que le travail, les relations amoureuses, familiales et amicales, les loisirs, l'histoire de vie (ou **anamnèse**), la santé physique, etc. afin de situer les symptômes dans leur contexte (voir le tableau 4.1 à la page suivante). D'ailleurs, dès 1910, Freud (1953) a publié un article qui déplore le comportement d'un médecin ayant prescrit un traitement à une patiente sans comprendre tous les aspects de ses symptômes. Il souligne l'importance primordiale que le clinicien doit accorder à l'unicité de la personne se trouvant devant lui afin de véritablement la comprendre et la traiter. Ainsi, il n'y a pas de concordance directe entre un symptôme et un diagnostic, pas plus qu'un diagnostic ne correspond à un traitement. La

Anamnèse

Ensemble de renseignements recueillis par le professionnel afin de connaître l'histoire d'une personne et de ses symptômes.

Tableau 4.1 Quelques thèmes de vie susceptibles d'être abordés par le clinicien

Thème de vie	Sous-thèmes
L'enfance	La grossesse, le développement prénatal (notamment pour vérifier l'exposition à des agents tératogènes), la naissance, mais aussi l'histoire de la naissance (comment la personne se représente sa naissance, la « légende » familiale à ce sujet et ce qu'elle en fait ; le développement biologique, émotif, sexuel.
La formation scolaire et professionnelle	L'intégration sociale à l'école avec les compagnons d'études, les éventuels problèmes d'apprentissage ou les performances remarquables, les domaines de formation professionnelle, les activités parascolaires.
La sphère sociale	Les relations familiales, amoureuses et autres relations sociales, les personnes significatives de la vie passée, la ou les personnes importantes dans la vie actuelle, les expériences de discrimination subie ou que la personne a fait subir.
Le travail	Les aspirations durant l'enfance, l'épanouissement au travail, l'efficacité de la personne au travail, son type de relations avec ses collègues, les aspects financiers.
La famille	Les relations, les séparations, les décès, les histoires de famille et ses secrets.
L'histoire médicale	La santé physique, le rapport au corps, les séquelles psychologiques de changements ou de problèmes corporels, les opérations, maladies ou accidents subis, la consommation de médicaments prescrits au cours de sa vie.
La philosophie de vie	Les opinions religieuses et politiques, leur évolution dans le temps, les valeurs et les principes de vie.
Les antécédents	Les événements traumatiques, les antécédents judiciaires et psychiatriques de la personne ou de sa famille.

Entrevue non structurée

Type d'entretien durant lequel le patient choisit librement les thèmes ; les questions posées sont ouvertes afin de stimuler l'ouverture de soi.

Entrevue structurée

Type d'entretien comportant des questions précises qui visent à amener la personne interviewée à parler de thèmes en particulier.

Entrevue semi-structurée

Type d'entretien où le clinicien propose des thèmes, mais laisse à la personne la liberté d'aborder ces thèmes comme elle le souhaite.

manifestation des symptômes est personnelle, et il faut s'intéresser à ce qui les provoque afin de proposer un traitement adéquat.

L'entrevue clinique peut se présenter sous trois formes: non structurée, structurée ou semi-structurée. Selon les besoins de l'évaluation, un type d'entrevue d'évaluation plutôt qu'un autre est privilégié. Si le processus d'évaluation en est à ses débuts, le clinicien privilégiera souvent une plus grande ouverture et laissera la personne choisir les thèmes sans la diriger en réalisant une **entrevue non structurée**. Une **entrevue structurée** est plus efficace pour évaluer un aspect précis d'une personne, par exemple son autonomie fonctionnelle, ou pour vérifier une impression quant au diagnostic. Dans ce cas, il est possible que le clinicien utilise une grille d'entrevue préformatée et appuyée sur la recherche. Avec l'expérience, la plupart des cliniciens adoptent un style d'**entrevue semi-structurée**. Ainsi, l'entretien vise l'efficacité tout en laissant place à l'expression authentique et révélatrice, en visant autant l'efficacité que l'ouverture (Poupart *et al.*, 1997). La détermination des thèmes de l'entrevue se fait soit selon l'expérience de l'évaluateur, soit scientifiquement au moyen d'un relevé de la littérature. D'ailleurs, il existe des grilles d'entrevue semi-structurée dont les questions s'appuient sur la recherche, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux.

4.2.2 Les observations ou l'examen mental

L'examen mental consiste à observer l'état mental d'une personne à travers son langage non verbal, celui-ci reposant sur des gestes, des expressions faciales, des attitudes, l'apparence ou l'hygiène. Il en est de même des vêtements, qui

Étude de CAS

Marie : un exemple d'entrevue clinique

Marie, âgée de 18 ans, a été conduite à l'urgence de l'hôpital de son quartier par sa colocataire. Naomie était très inquiète, car Marie était sur le point d'entrer dans un coma causé par une consommation excessive d'alcool au cours d'une fête que les deux jeunes femmes donnaient chez elles. Après lui avoir procuré les soins médicaux appropriés, le médecin de l'urgence l'a dirigée vers le psychologue du service des consultations externes en santé mentale de l'hôpital pour une évaluation psychologique et, si besoin, une psychothérapie.

Le psychologue clinicien s'est présenté de cette façon :

« Bonjour Marie. Je suis le Docteur Chevrier. On se rencontre aujourd'hui pour évaluer ensemble vos besoins, mais pour cela, il faut que je vous connaisse un peu mieux. Voulez-vous me raconter ce qui vous arrive ? Il est possible que je vous pose des questions. Ça vous va ?

– Oui (*silence*). J'étais dans mon appartement en train de faire la fête avec ma coloc et des amis. On avait du plaisir, on s'amusait... jusqu'à ce que ma coloc commence à m'embêter.

Elle n'arrêtait pas, elle me suivait partout où j'allais. Je me rappelle que je me suis réfugiée dans la salle de bain avec une bouteille de vodka pour avoir la paix... Ensuite, je me suis réveillée dans un lit d'hôpital.

– En effet, je vois dans votre dossier que votre coloc et vos amis étaient inquiets et qu'ils vous ont amenée ici. Savez-vous pourquoi ils étaient inquiets ?

– J'ai bu pas mal (*long silence*). C'est comme si je ne pouvais pas arrêter. Je pensais que ça me ferait du

bien, une soirée comme ça, que ça me changerait les idées. Mais ça m'a rendue triste et je ne voulais pas le montrer. Naomie, ma coloc, avait organisé la soirée pour que j'oublie ma peine d'amour. Ça n'a pas marché.

– Vous vivez une peine d'amour ?

– C'est pas de vos affaires !

– Je comprends qu'il est difficile d'aborder certains sujets.

– Excusez-moi. Je ne sais pas ce qui m'a pris.

– Excuses acceptées. Votre réaction indiquerait-elle que vous avez vécu des moments difficiles récemment ?

– Oui. J'ai quitté mon petit ami et, maintenant, je le regrette (*silence*). Je l'aime encore, mais on dirait que je n'arrive pas à me sentir bien avec lui (*silence*). Je ne me sens bien avec personne. (...) Je veux des amis, je veux qu'ils m'appellent, mais quand ils me textent trop, je m'énerve. Je les trouve agaçants, mais en même temps je suis mécontente quand ils ne le font pas.

– Avez-vous quitté votre ami parce que vous le trouviez trop accaparant ?

– Vous ne pouvez pas comprendre !

– Nous y reviendrons plus tard, si vous voulez bien. Avez-vous fait des choses de façon impulsive ces derniers temps ?

– Je ne sais pas. (*Elle réfléchit.*) J'ai acheté beaucoup de vêtements que je ne porte même pas. C'est niais. Je dépense pour rien. »

L'entrevue se poursuit.

peuvent révéler beaucoup d'informations sur une personne. Affiche-t-elle des idées politiques ou religieuses par son habillement ? Le choix de ses habits montre-t-il certains traits tels que le conformisme, l'excentricité, le désir de plaire, le besoin d'être impeccable, la nonchalance ?

Aussi, la personne paraît-elle plus jeune ou plus âgée que son âge chronologique ? Il pourrait en effet s'agir d'un indice d'immaturité ou de conditions de vie difficiles. Le clinicien peut déceler des signes physiques associés à la toxicomanie, à l'alcoolisme et à certains troubles des conduites alimentaires. Par exemple, une personne qui consomme des drogues, de l'alcool ou qui vit de l'itinérance a souvent une allure plus négligée pouvant donner l'impression qu'elle est plus vieille qu'elle ne l'est en réalité (peau, dents, cheveux).

D'autres indices corporels sont aussi révélateurs. Quelle est la posture globale du corps ? Comment la personne se positionne-t-elle dans l'espace

par rapport à l'évaluateur? Le regard est-il franc, intrusif ou évitant? La mâchoire est-elle serrée? Y a-t-il sudation? Y a-t-il tension oculaire? La personne a-t-elle les pupilles dilatées? Grimace-t-elle? Ses gestes trahissent-ils une nervosité ou une résistance? Sent-on une agressivité passive? Ses mains traduisent-elles ou contredisent-elles son discours? Par exemple, si une personne a des mouvements saccadés et rapides, les cheveux en bataille, les vêtements boutonnés de travers, on pense qu'elle est probablement stressée ou préoccupée. Toutefois, on ignore la cause de cette agitation (ce que l'entrevue peut révéler).

Par ailleurs, le clinicien devra prêter attention autant à ce que la personne dit qu'à la façon dont elle le dit. Les répétitions, les omissions, les hésitations, les tics nerveux et les manifestations de nervosité, de honte, de colère, etc. sont des signes précieux pour l'intervenant. Le débit et le ton de la voix sont-ils cohérents avec ce que la personne dit? Le rythme respiratoire peut également être l'indice de certaines émotions. La cohérence des idées donne aussi un bon indice du contact avec la réalité afin d'évaluer l'état mental de la personne.

On peut aussi procéder à une évaluation comportementale en observant la personne directement dans son milieu naturel ou dans des situations simulées. Par exemple, un psychologue scolaire sait qu'un enfant risque de se comporter différemment dans son bureau que dans son milieu de vie habituel que représentent la cour d'école ou la classe. Il peut alors s'y rendre pour élargir et valider ses observations. De plus, la manière dont la personne interagit et organise les lieux qu'elle fréquente peut être révélatrice. Pensons par exemple à l'intérieur du casier d'un élève dans une école polyvalente ou du pupitre de l'écolier, à la décoration d'une chambre et d'un lieu de vie. À cet égard, la collaboration multidisciplinaire peut être utile. Les psychologues ne peuvent pas toujours se rendre au domicile, mais les travailleurs sociaux et les psychoéducateurs le font plus souvent. Ceux-ci sont donc susceptibles de fournir des renseignements très pertinents et le plus souvent inaccessibles aux psychologues. En effet, le psychologue est rarement présent dans le milieu de vie. Par contre, il peut observer comment le patient habite l'espace dans son bureau. Par exemple, certains s'assoient sur le bout du fauteuil et gardent leur manteau, d'autres enlèvent leurs bas et leurs chaussures et s'assoient confortablement en indien dans le fauteuil ou s'y étendent. Certains ont plusieurs sacs et les étendent partout, d'autres restent confinés dans un espace plus restreint ou ne prennent pas le temps de déplacer un coussin qui les gêne dans le dos. Il faut aussi être attentif à la relation directe que la personne établit avec le thérapeute (regard, poignée de main, questions personnelles posées au thérapeute, analyse du bureau, commentaires sur la décoration, etc.).

En somme, les observations permettent de compléter les informations recueillies lors de l'entrevue. Le clinicien est attentif non seulement aux paroles, mais aussi à ce qui les entoure, le but étant d'obtenir un portrait aussi complet et nuancé que possible afin de saisir qui est la personne qui consulte et quelle est sa réalité. Le tableau 4.2 présente un examen mental appliqué au cas de Marie.

Tableau 4.2 L'examen mental appliqué au cas de Marie

Examen de l'état mental	Le cas de Marie
Apparence et comportement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habillement et aspect physique ▪ Posture et expressions faciales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Khôl noir autour des yeux ▪ Perçage à la lèvre inférieure ▪ Cheveux teints en noir ébène et rouge clair ▪ Vêtements moulants (jean serré et camisole décolletée, bottes à talons hauts en cuir noir) ▪ Expressions faciales intenses et changeantes (passage de l'irritabilité à la détresse) ▪ Regards directs, voire défiants, puis fuyants
Processus de pensée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rythme du discours ▪ Continuité du discours ▪ Contenu du discours 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternance de moments d'élocution rapide et lente ▪ Blocages volontaires ▪ Pensée cohérente
Humeur et affect <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment prédominant de l'individu ▪ Sentiment qui accompagne ce que dit l'individu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristesse, irritabilité ▪ Alternance rapide des réponses impulsives et du calme introspectif
Fonctionnement intellectuel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Type de vocabulaire utilisé ▪ Utilisation d'abstractions et de métaphores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacités intellectuelles dans les normes de son groupe d'âge
Sensibilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conscience du temps et du lieu, de soi, des autres, et du milieu de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En possession de ses points de repère spatiotemporels et identitaires

Source : Adapté de Durand et Barlow (2002).

4.2.3 Les tests psychologiques

Les tests psychologiques sont des outils scientifiques d'investigation qui ne doivent pas être confondus avec les tests qui sont accessibles dans Internet et dans les magazines. Prétendre comprendre la personnalité de quelqu'un en interprétant sommairement les réponses à 10 questions à choix multiples est irréfléchi et peut même s'avérer dangereux. Il ne s'agit que de divertissements sans assise scientifique.

Faire passer un test psychologique est un acte professionnel qui exige une formation et un comportement éthique tant au moment de la passation qu'à celui de la communication des résultats. De plus, il existe des lois sur la façon de conserver les résultats des tests et sur l'accès aux rapports d'évaluation.

Afin d'en assurer le caractère scientifique, les tests psychologiques doivent présenter les caractéristiques suivantes: la **validité**, la **fidélité** et le respect de **procédures standardisées**. En effet, ils doivent être valides, c'est-à-dire

Validité

Degré de pertinence du test à mesurer ce qu'il prétend mesurer.

Fidélité

Degré de constance du test à donner la même mesure pour un même élément.

Procédures standardisées

Souci d'uniformité des conditions de passation des tests (temps alloué, directives, correction, etc.).

bien mesurer ce qu'ils visent à évaluer. Par exemple, est-ce qu'un test d'intelligence mesure les aptitudes mentales ou plutôt le conformisme aux valeurs de la classe dominante? Les tests doivent aussi être fidèles: leurs résultats sont semblables d'une passation à l'autre et d'un évaluateur à l'autre et devraient donner des résultats semblables, quel que soit le professionnel qui les analyse. Normalement, le type de personnalité ne change pas au fil du temps. Enfin, ils sont effectués dans un contexte contrôlé par des procédures standardisées. Le professionnel connaît les directives à donner, la façon d'interpréter les résultats, le temps alloué, etc.

Les tests de personnalité

Il existe deux grandes catégories de tests de personnalité, soit les tests projectifs et les tests objectifs. Les premiers suscitent des réactions diverses à des images qui n'ont pas de signification prédéterminée. Les seconds offrent un choix de réponses à des questions fermées.

Les tests projectifs Les **tests projectifs** permettent de projeter des contenus psychiques inconscients sur des stimuli ambigus. La personne effectue des associations libres par lesquelles elle exprime tout ce qui lui vient à l'esprit en tentant de mettre de côté des sentiments de honte ou de doute.

Le test projectif classique est le test de Rorschach, dont la création revient au psychiatre et psychanalyste Hermann Rorschach. Il comporte 10 planches de taches d'encre, certaines en noir et blanc, d'autres en couleurs. D'autres exemples de ce test sont le *Thematic Apperception Test* (TAT) et sa version pour les enfants, le *Children's Apperception Test* (CAT). Ces tests comprennent des dessins présentant des interactions sociales ambiguës à partir desquels les personnes doivent raconter une histoire. Pour sa part, le test de Patte noire s'adresse à des enfants à qui on demande de raconter des histoires à partir de dessins de cochons, dont l'un a une patte noire. Si la vue de cet animal pose des problèmes pour des motifs religieux, il existe une version avec des moutons plutôt que des cochons.



Le test projectif de Rorschach s'appuie sur des taches d'encre afin de favoriser l'expression de contenus psychiques inconscients et refoulés. (Afin de ne pas nuire à la validité du test, cette image ressemble à une planche de Rorschach mais n'est pas utilisée par les cliniciens.)

La passation et l'interprétation de tous les tests exigent une formation rigoureuse, mais il semble que les tests projectifs soient davantage présentés d'une manière caricaturale dans les médias que les autres types de tests. Pourtant, ils font partie des outils qu'utilisent sérieusement plusieurs cliniciens. Selon Pierre Desjardins (2008), directeur de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre des psychologues du Québec, la validité et la fidélité des tests projectifs comme le Rorschach et le TAT sont équivalentes à celles des autres tests.

Les tests objectifs On peut aussi tenter d'obtenir le portrait de la personnalité de quelqu'un en lui soumettant un **test objectif**. Dans ce cas, les réponses possibles ne sont pas ouvertes comme dans les tests projectifs, mais prédéterminées. Le test objectif d'évaluation de la personnalité le plus célèbre est le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Ce test, publié pour la première fois en 1943, propose une série d'énoncés auxquels il faut répondre par vrai ou faux et basés sur l'observation que des personnes partageant le même trouble donnent les mêmes réponses (Durand et Barlow, 2002). Le MMPI

Test objectif
Évaluation comportant un nombre limité de choix de réponses.

EN RELIEF**Un test de personnalité célèbre : le MMPI**

Voici quelques exemples d'énoncés du MMPI :

- Je pleure facilement.
- Je me sens heureux la plupart du temps.
- Je crois que je suis suivi.
- Quelqu'un essaie de m'empoisonner.

La version originale du MMPI comporte 567 éléments et la version actuelle, le MMPI-2, en regroupe 338.

La longueur de ce test pose des problèmes de temps et peut décourager certains répondants. Un autre inconvénient possible est que certaines personnes veuillent cacher leurs difficultés. À l'occasion d'un procès, par exemple, elles peuvent vouloir masquer leurs traits antisociaux. C'est pourquoi certains énoncés vérifient la tendance au mensonge et à la falsification de la réalité.

Source : Adapté de Durand et Barlow (2002).

évalue différentes tendances de la personnalité groupées sous forme d'échelles telles que l'hypocondrie, la déviance psychopathique, la paranoïa, la tendance dépressive, l'introversion, la masculinité-féminité, etc. D'autres tests objectifs consistent en des questionnaires standardisés qu'on peut soumettre aux personnes afin de mieux évaluer leur état. Par exemple, l'Inventaire de Dépression de Beck (Beck, Steer et Brown, 1996) comporte 21 questions auxquelles il faut répondre en leur accordant une valeur comprise entre 0 et 3 permettant d'avoir une idée de la gravité des symptômes dépressifs.

Les tests d'intelligence

En 1904, le gouvernement français a chargé le psychologue Alfred Binet et son collègue, Théodore Simon, de créer un test permettant d'identifier les enfants présentant des retards d'apprentissage, afin qu'ils bénéficient de mesures de soutien, ainsi que les enfants doués, afin de leur accorder des bourses d'études. Ainsi, l'évaluation devait cibler des tâches cognitives liées à l'apprentissage telles que l'attention, la perception, la mémoire, le raisonnement et la compréhension du langage. En 1916, Lewis Terman, de l'Université Stanford, a traduit et adapté une version de ce test afin qu'il soit utilisé en Amérique du Nord, d'où le nom usuel de ce test : le Stanford-Binet.

Le psychologue David Wechsler a conçu d'autres tests visant à évaluer l'intelligence. Les tests de Wechsler, les plus couramment utilisés au Québec, sont adaptés selon le groupe d'âge. On peut citer le *Wechsler Adult Intelligence Scale*, 4^e version (WAIS-IV) pour les adultes, le *Wechsler Intelligence Scale for Children*, 4^e version (WISC-IV) pour les enfants d'âge scolaire (voir la figure 4.1 à la page suivante pour des exemples inspirés de cette version) et le *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised* (WPPSI-R) pour les enfants plus jeunes. Ces tests comprennent plusieurs épreuves regroupées en deux grandes catégories : les épreuves verbales et les épreuves non verbales.

Les tests projectifs TAT et CAT (pour les enfants) consistent à proposer des mises en situation et à demander à la personne d'inventer une histoire à partir des images présentées. Puisque chacun crée sa propre histoire, on suppose que celle-ci peut révéler des contenus psychiques très personnels, voire inconscients.

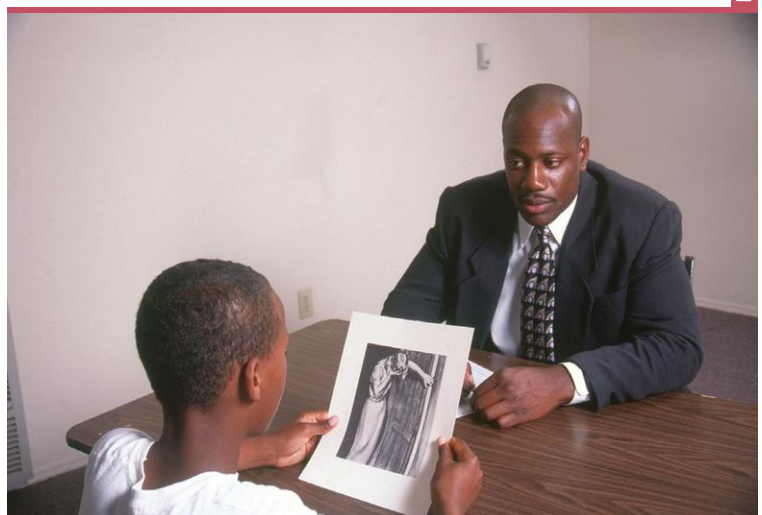















Figure 4.1 Des exemples d'épreuves non verbales du test de Wechsler

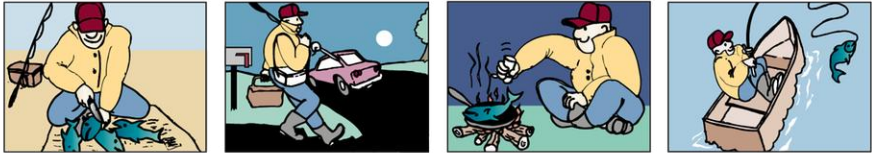
Image à compléter
Que manque-t-il dans cette image ?



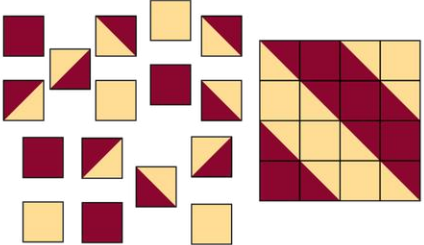
Substitution
Inscrivez le chiffre correspondant au-dessus de chaque figure.

1	2	3	4	5							
											

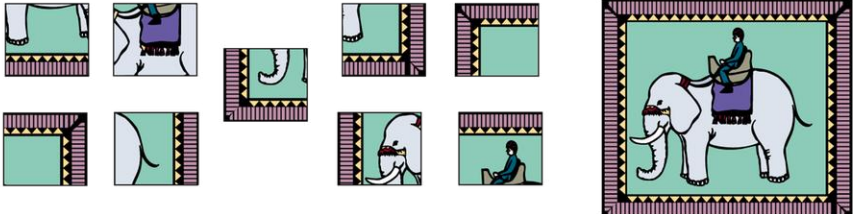
Séquence d'images
Remplacez les images dans l'ordre pour raconter l'histoire.



Dessin géométrique
Ordonnez les carrés pour reproduire l'image.



Objet à assembler
Reconstituez l'image aussi rapidement que possible.



En psychologie, la définition de l'intelligence est problématique puisque divers points de vue coexistent et que cette faculté est difficile à circonscrire. Par exemple, Howard Gardner (1997 ; 2001 ; 2008) a nommé huit types d'intelligence dans sa théorie sur les intelligences multiples (linguistique, logicomathématique, musicale, visuospatiale, kinesthésique, naturaliste, interpersonnelle et intrapersonnelle). Quant à Daniel Goleman (1999 ; 2009), il traite de l'intelligence émotionnelle et de l'intelligence relationnelle. Par ailleurs, les théories de Goleman ont inspiré de nouveaux tests de quotient émotionnel (QE), une mesure qui pourrait être utile pour la sélection de personnel. En effet, pour certains postes, il est courant de faire passer un test d'intelligence. Des employeurs demandent également une évaluation du quotient émotionnel.

Cette mesure se popularise puisque l'exécution de certaines tâches requiert plus que des aptitudes intellectuelles; les personnes doivent aussi être capables de résister au stress et de contrôler leurs émotions.

Enfin, il faut noter que, de manière générale, si on ne suspecte pas un problème relatif au développement de l'intelligence de la personne, celle-ci n'est pas évaluée de manière systématique lors des entrevues cliniques. C'est surtout lorsqu'un trouble neurodéveloppemental (voir le chapitre 14) ou neurocognitif (voir le chapitre 15) est envisagé que le clinicien peut proposer un test mesurant l'intelligence, ou pour appuyer une demande de dérogation scolaire.

Les tests neuropsychologiques

Si on n'envisage pas de problèmes d'ordre cérébral, on ne demande habituellement pas à la personne de passer de **tests neuropsychologiques**. Les tests neuropsychologiques mesurent la capacité du cerveau d'une personne donnée à avoir de bons résultats dans différentes tâches psychologiques. Ils sont utiles pour évaluer les fonctions cognitives (par exemple, attention, perception, mémoire, langage, etc.) et les fonctions exécutives (par exemple, planification des tâches, adaptation, résolution de problèmes). Par exemple, on peut soumettre un enfant au *Continuous Performance Test*, au test de Conners 3^e édition ou au *Stroop Fruit Task Test* afin d'évaluer s'il est aux prises avec un trouble déficit de l'attention (voir le chapitre 14). On peut aussi utiliser un test comme le *Protocole d'examen linguistique de l'aphasie Montréal-Toulouse* pour évaluer la compréhension et la production du langage chez une personne âgée (voir le chapitre 15).

Test neuropsychologique

Test permettant d'identifier un trouble neurocognitif.

4.3 Quelques situations nuisant au processus d'évaluation clinique

Voici quelques situations qui peuvent compliquer le processus d'évaluation. Ces situations illustrent l'importance de l'exercice du jugement critique.

4.3.1 Une information susceptible de remettre en question une évaluation

Un clinicien peut être amené à remettre en question son évaluation clinique quand il prend connaissance de certaines informations sur la vie d'une personne. Ce qu'elle vit actuellement (une séparation, la perte d'un emploi ou d'un être cher) peut expliquer certains comportements comme le repli sur soi, le manque d'entrain ou l'anxiété sans qu'un diagnostic soit pertinent. C'est souvent la durée de ces réactions et leur intensité qui permettront de porter un jugement clinique adéquat. De même, des faits antérieurs peuvent éclairer autrement l'évaluation. Par exemple, le fait de savoir qu'une personne a connu

plusieurs épisodes de surexcitation ou de tristesse risque d'orienter le clinicien vers un diagnostic plus grave que si c'est la seule fois qu'elle se comporte de cette façon.

4.3.2 Des informations cachées ou niées

Lors d'un entretien clinique, il arrive fréquemment que les personnes, sans le vouloir ou sans en comprendre les conséquences, ne parlent pas d'une pensée, d'un événement, d'un affect ou d'une sensation, car elles croient que ce n'est pas important et que cela est sans rapport avec les motifs de la consultation. Elles ne reconnaissent pas toujours les relations entre les différentes facettes de leur réalité et leur souffrance. Il est aussi possible que certaines personnes se taisent par crainte d'être jugées. Elles cherchent alors à retenir des informations pour maintenir une image personnelle positive, autant à leurs propres yeux qu'à ceux des autres. Une personne évaluée peut aussi masquer des informations pour se protéger, souvent de façon inconsciente. Ainsi, elle peut éviter de parler de certains événements si ceux-ci risquent de devenir trop souffrants ou encore trop réels puisqu'elle les a niés jusqu'à cet entretien. Par exemple, une victime d'agression sexuelle peut avoir une vague impression qui l'amène à croire que : « Tant que je n'en parle pas, je peux faire comme si cette agression n'avait pas eu lieu. » Elle peut ainsi garder le silence, refuser de répondre ou changer de sujet lorsqu'elle essaie de fuir ce qui la trouble. Il apparaît donc sage que le clinicien reconnaisse les manifestations de ce type de mécanisme de défense et d'adaptation puisqu'il peut être un signe d'une difficulté à accepter certains éléments de la réalité. Il faut aussi considérer l'éventualité qu'une personne masque sciemment des informations. Une personne accusée d'un crime risque de ne pas dévoiler franchement toutes ses pensées et actions.

4.3.3 L'autodiagnostic

Parfois, des personnes se présentent à la clinique avec une idée de leur diagnostic et utilisent un vocabulaire psychologique, notamment à la suite de recherches (souvent dans Internet). De nombreuses expressions sont passées dans le langage courant et divers médias vulgarisent (ou sensibilisent à) certains problèmes de santé mentale. En effet, il est possible qu'une personne se présente à un clinicien en disant, par exemple : « Je fais une dépression » ou « J'ai un déficit de l'attention ». Même si la personne semble avoir fait une bonne évaluation de sa situation, le clinicien procédera à une évaluation rigoureuse afin d'aller au-delà de cette impression.

4.3.4 La confiance et le secret professionnel

Enfin, rappelons que les cliniciens sont rigoureusement tenus au secret professionnel. Ils doivent rassurer leurs clients quant au caractère privé de leurs entretiens : tout ce qui y est dit ne sera pas rapporté à qui que ce soit d'autre. La seule exception s'applique lorsqu'une personne est en danger imminent ; le psychologue doit alors lever le secret professionnel pour protéger la vie de la personne elle-même (suicide) ou celle de quelqu'un d'autre (Ordre des psychologues du Québec, 2011). En effet, le droit au secours a priorité sur le secret professionnel. Néanmoins, le contexte de l'évaluation psychologique

n'a rien à voir avec une enquête policière. Un clinicien n'adoptera pas une attitude intrusive ; au contraire, le ton employé dans ce processus est respectueux, car la confiance mutuelle est un outil de travail essentiel en relation thérapeutique. Cette relation repose sur l'établissement d'une alliance thérapeutique dans laquelle le lien positif entre le client et le clinicien contribue à la volonté de coopérer dans une démarche de mieux-être. En cachant des informations à son clinicien, cette personne risque de se causer du tort et c'est ce que le clinicien tentera de lui faire comprendre. L'instauration d'un climat de confiance et d'empathie est primordiale. Un client convaincu que son thérapeute ne respectera pas le secret professionnel établira difficilement une alliance thérapeutique avec lui et pourrait éviter de fournir des éléments d'information importants.

EN RELIEF

Les caractéristiques d'un bon clinicien

Les recherches tendent de plus en plus à montrer que les caractéristiques formant un « bon » clinicien sont principalement celles manifestées durant la relation d'aide. Ainsi, ce n'est pas l'application rigoureuse et rigide des techniques apprises en formation qu'il doit privilégier, mais plutôt une autoévaluation visant la recherche de l'authenticité. Le clinicien utilise la théorie pour comprendre son patient, mais il sait qu'elle est limitée et qu'elle ne peut convenir à tous : c'est l'unicité du patient qui prime et il doit éviter de faire correspondre ce que vit le patient aux théories (Lussier, 1994). Un bon clinicien est donc flexible et sensible à l'égard de son client, à l'égard de lui-même et envers la relation qu'ils développent. C'est parce qu'il est empathique, respectueux et disponible que le clinicien fait sentir à son client qu'il l'accepte sous tous ses aspects. Ce climat permet à la personne qui consulte de se sentir en confiance et en sécurité. En outre, un bon clinicien se distingue par son engagement à s'améliorer tout au long de sa carrière. Il a à cœur

la recherche des compétences lui permettant de construire des alliances thérapeutiques, notamment sa grande capacité d'écoute (Lecomte *et al.*, 2004).

La connaissance de soi est une autre caractéristique souvent identifiée comme préalable chez un bon clinicien : il doit apprendre à reconnaître les effets de sa propre subjectivité sur son travail et à faire en sorte de les atténuer. Deux phénomènes susceptibles de se produire au cours de la consultation clinique sont le transfert (le client réagit à son thérapeute comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre, un parent, par exemple) et le contre-transfert (le clinicien aussi déplace sur son client des émotions et des pensées qui concernent quelqu'un d'autre). Ces termes proviennent de la théorie psychanalytique, mais les cliniciens d'autres approches sont sensibles à ces phénomènes (Gelso, Palma et Bhatia, 2013). Consulter un superviseur clinique est un moyen de gérer ces enjeux.

4.4 Les classifications des troubles psychologiques

Lorsqu'un psychologue ou un psychiatre procède à l'identification du trouble mental dont souffre une personne, il se réfère à un ouvrage qui classe les différents diagnostics, le principal étant la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM), publié par l'Organisation mondiale de la santé. En Amérique du Nord, le plus utilisé est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le DSM, dont la 5^e édition est parue en 2013, et la traduction française, en 2015. À cet effet, le présent manuel s'appuie sur le DSM-5 tout au long des chapitres afin d'expliquer les critères diagnostiques de plusieurs troubles mentaux. Puisque les causes (l'étiologie)

des maladies mentales sont encore peu connues, ces deux classifications répertorient les troubles en fonction de leurs symptômes. Pourtant, bien des cliniciens reprochent au *DSM* de présenter les divers troubles comme des listes de symptômes, ce qui risque de réduire leur pratique à la reconnaissance d'indices, plutôt que de chercher à comprendre comment ces symptômes sont reliés à l'histoire de la personne, dans son contexte à elle (Corcos, 2015).

Le *DSM* est largement utilisé au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que dans le milieu de l'éducation. De plus, les compagnies d'assurance se basent sur les diagnostics du *DSM* pour payer, par exemple, les prestations d'assurance salaire en cas d'arrêt de travail, ou pour rembourser les frais de psychothérapie et le coût des médicaments.

EN RELIEF

L'évaluation multiaxiale du *DSM-IV-TR*

Bien qu'elle ait été retirée du *DSM-5*, on peut penser que l'évaluation multiaxiale du *DSM-IV-TR* demeurera présente au sein de plusieurs dossiers médicaux. On y proposait une façon de classer les informations cliniques afin de mieux visualiser l'état de la personne évaluée. Le tableau 4.3 indique les cinq anciens axes de classement des troubles de santé mentale.

Tableau 4.3 L'évaluation multiaxiale du *DSM-IV-TR*

Axes du <i>DSM</i>	Classification des informations cliniques
Axe 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles cliniques ▪ Autres situations qui peuvent faire l'objet d'une évaluation clinique
Axe 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de la personnalité ▪ Handicap intellectuel
Axe 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affections médicales générales
Axe 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problèmes psychosociaux et environnementaux <ul style="list-style-type: none"> – Problèmes avec le groupe de soutien 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 et pénales – Autres problèmes psychosociaux et environnementaux
Axe 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Source : Adapté de APA (2003), p. 33-40.

L'axe 5 de l'évaluation multiaxiale selon le *DSM-IV-TR* servait à illustrer, par un nombre entre 0 et 100, le niveau de fonctionnement général d'une personne. Cette cote reflétait le fonctionnement psychologique, social et professionnel seulement

et ne tenait pas compte des limitations physiques ou environnementales. Il fallait voir cet indice comme une indication chiffrée des progrès cliniques de la personne, ou de leur absence, et comme un indicateur quant au traitement à privilégier ou à ajuster selon le cas (APA, 2003).

Des classifications comme le *DSM* sont pertinentes parce qu'elles permettent d'établir un vocabulaire commun dans la description des troubles en santé mentale. Les échanges entre les professionnels, les chercheurs et la population générale sont plus cohérents. On vise une compréhension permettant de distinguer ce qu'est une dépression d'un trouble bipolaire, par exemple (voir le chapitre 5). On cherche ainsi à établir un certain consensus dans l'établissement des diagnostics.

Plusieurs spécialistes critiquent néanmoins la validité du *DSM*. On peut lui reprocher d'être le reflet de son époque, quelle que soit l'édition. Ce qui est considéré comme une bonne santé mentale ou un comportement anormal dépend des normes sociales. Par exemple, avant 1974, l'homosexualité était classée dans le *DSM* à titre de trouble mental. Des facteurs politiques influencent aussi son contenu. Le gouvernement américain a résisté longtemps aux pressions des vétérans de la guerre du Viêt Nam qui voulaient, à juste titre, se voir reconnaître le fait qu'ils revenaient traumatisés des champs de bataille et qu'ils avaient besoin de soins (Scott, 1990). Des considérations économiques entrent aussi en jeu lorsqu'on pense aux gains financiers notables que tirent les compagnies pharmaceutiques de la réduction du nombre de critères à retenir pour poser un diagnostic, de l'identification de nouveaux troubles et de l'élargissement des catégories. Leur reconnaissance par les agences de santé et les compagnies d'assurance implique souvent le remboursement de médicaments (St-Onge, 2013). Le *DSM* est essentiellement écrit par des médecins psychiatres provenant des États-Unis : l'American Psychiatric Association (APA). Ils forment un groupe social particulier qui, avec son regard propre, établit les critères diagnostiques. Un de ces psychiatres, Allen Frances (2013), a dénoncé les conflits d'intérêts mis au jour chez plusieurs auteurs du *DSM-5* qui entretiennent des liens avec certaines compagnies pharmaceutiques.

Dans la même ligne d'idées, certains critères, dans le *DSM-5*, ont été élargis par rapport aux éditions antérieures, ce qui conduit à englober un plus grand nombre de personnes (McCarron, 2013). Par exemple, l'ancienne version du *DSM* ne permettait pas de diagnostiquer un épisode dépressif majeur (ou caractérisé) chez une personne qui vivait un deuil depuis moins de deux mois. Or, bien que des nuances soient précisées pour distinguer le deuil de la dépression, le *DSM-5* retire cette exception et considère que les individus tristes deux semaines après le décès de l'être cher peuvent être déclarés dépressifs (Frances, 2013). Un autre exemple concerne le trouble dysphorique prémenstruel, une version sévère des variations d'humeur liées aux règles, qui est désormais considéré comme un trouble mental (Epperson *et al.*, 2012). Comme dernier exemple, mentionnons que l'on inclut désormais dans le *DSM-5* le désordre neurocognitif mineur (difficultés sur le plan de l'attention, de la mémoire, de l'apprentissage, de la coordination ou du langage), alors que la version antérieure du *DSM* établissait le désordre neurocognitif modéré comme un trouble mental (St-Onge, 2013).

Le façonnage de maladie : un sujet de controverse

Un des sujets de controverse secouant actuellement le monde de la psychiatrie est le *disease mongering*. Ce terme, souvent traduit par « façonnage de maladie », fait référence à une pratique abusive. Ainsi, des psychiatres ayant participé à l'élaboration du *DSM* auraient cédé à des pressions exercées par des compagnies pharmaceutiques en renommant et en recyclant certaines maladies dans le but d'augmenter la vente de médicaments.

Pour en savoir plus, visionnez les entrevues accordées par le célèbre psychiatre Boris Cyrulnik disponibles sur le Web (2011a ; 2011b). Ses propos sont d'autant plus troublants qu'il a lui-même participé à la rédaction du *DSM-IV-TR*.

4.5 Les effets du diagnostic

Pour la plupart des gens, recevoir un diagnostic de trouble mental de la part d'un professionnel est un événement marquant qui laisse des traces positives ou négatives. Les effets du diagnostic varient selon les circonstances de vie de la personne, les recommandations du professionnel et parfois selon le pronostic. Ils dépendent aussi du degré d'information et de sensibilisation des personnes concernées et de la population générale, ce qui influe sur le respect accordé à la personne et sur son intégration sociale.

4.5.1 Les effets positifs

Un diagnostic permet souvent à la personne et à son entourage de mieux comprendre le problème qui se pose, voire de le démystifier. L'identification du trouble permet de déterminer un traitement et d'orienter la personne vers des ressources d'aide. Celles-ci peuvent prendre diverses formes, notamment la psychothérapie, la médication ou l'intervention de groupes de soutien. La personne peut ainsi vaincre un sentiment de solitude si elle est dirigée vers un groupe de personnes éprouvant des difficultés similaires. Elle peut alors connaître le parcours des autres et profiter de leur expérience. Elle risque de se sentir moins anormale, puisque d'autres personnes vivent ou ont vécu le même genre de situations.

Par ailleurs, à partir du moment où l'on comprend la dynamique d'un trouble, il devient plus facile pour le milieu de travail ou le milieu scolaire de s'adapter afin de faciliter l'intégration sociale. Une meilleure adéquation est ainsi plus simple à établir entre les caractéristiques d'un emploi et les symptômes. Par exemple, dans un projet de réinsertion sociale et professionnelle, un travailleur social ne proposera pas un emploi susceptible de stimuler dangereusement les symptômes contre lesquels la personne lutte. Ainsi, on évitera de soumettre une personne aux prises avec un trouble du spectre de la schizophrénie (voir le chapitre 9) à un emploi stressant qui demande d'accomplir des tâches sous pression.

Les personnes faisant partie de l'environnement social peuvent aussi être dirigées vers des groupes de soutien tels que ceux mentionnés à la fin des

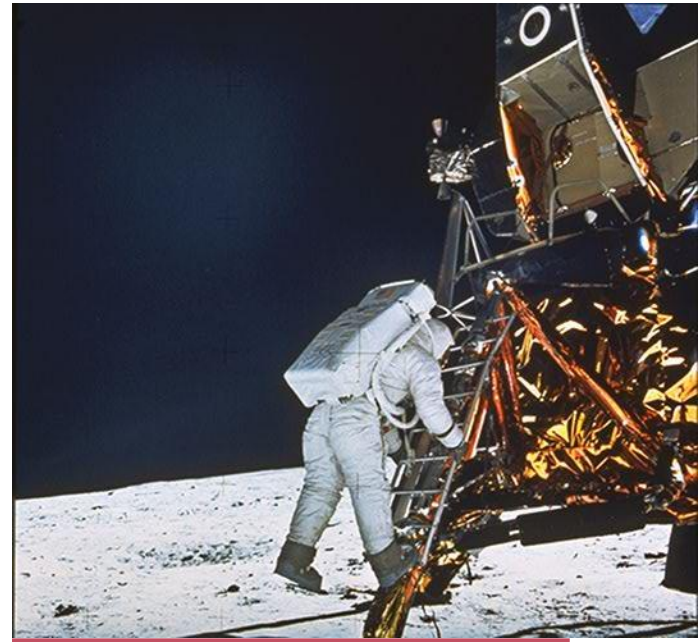
différents chapitres de ce livre. Par exemple, des parents d'un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) peuvent faire appel à une ressource d'aide pour obtenir de l'information, ou encore un soutien émotionnel ou logistique. Ces ressources aident aussi les proches à mieux comprendre ce que vit la personne souffrante (voir le chapitre 14). Les proches sont plus en mesure de déterminer ce qu'ils peuvent faire à leur tour pour soutenir cette personne. Connaître quelques pistes de réponses à ses questions permet d'atténuer un sentiment d'impuissance et de détresse souvent très difficile à vivre. Ces ressources offrent parfois aussi des mesures de répit pour permettre, par exemple, de prendre une pause.

Enfin, de manière plus globale, poser un diagnostic aide la société puisqu'il s'agit souvent de la première étape d'un traitement visant la diminution des difficultés pour la personne elle-même comme pour son entourage, qui en subit aussi les impacts négatifs. En ciblant le trouble dont souffre une personne, on l'éclaire et on lui permet de mieux comprendre ses symptômes. Elle peut aussi se rendre compte qu'elle n'est pas la seule aux prises avec ce problème. Il en va de même pour son entourage. Ces différentes démarches contribuent souvent à diminuer la détresse vécue par les personnes concernées. Comme le souligne la Commission de la santé mentale du Canada (2009), dès qu'on améliore la santé mentale d'une personne, on améliore celle de tous. Dans le même ordre d'idées, plus la population est informée et sensibilisée au sujet des troubles de santé mentale, plus les personnes qui souffrent seront respectées et intégrées plus aisément dans le tissu social. Le gouvernement et les entreprises participent d'ailleurs à des campagnes de sensibilisation auprès du public dans lesquelles des personnalités connues partagent leur situation, ce qui vise à diminuer les préjugés à l'égard des troubles de santé mentale.

4.5.2 Les effets négatifs : le phénomène de l'étiquetage

À cause des préjugés, de la discrimination et de la stigmatisation, le plus grand danger qui guette une personne recevant un diagnostic du DSM est le risque d'être réduite à une étiquette. Dans le monde de la santé mentale, le phénomène de l'**étiquetage** désigne le fait d'apposer une étiquette à une personne à cause d'un diagnostic actuel ou passé, ou parce qu'elle reçoit des services de professionnels en santé mentale. Les étiquettes nuisent à une conception nuancée d'un problème, dans ce cas-ci à une perception complexe de ce qu'est une personne présentant des pensées, des émotions ou des comportements jugés anormaux.

De plus, comme le souligne le psychiatre Thomas Szasz (1960; 2004), ces étiquettes peuvent participer au maintien du trouble, puisqu'elles contribuent à une **prophétie autoréalisatrice** (Watzlawick, 2011). Les personnes peuvent elles-mêmes s'approprier leur diagnostic en adoptant les caractéristiques du trouble, et leur entourage interprète leurs attitudes en fonction de



L'astronaute Buzz Aldrin se préparant à marcher sur la lune. Buzz Aldrin a reçu un diagnostic de dépression après être allé dans l'espace. L'en aurait-on empêché si on l'avait su avant ?

Étiquetage

Attitude qui consiste à considérer une personne et à se comporter avec elle seulement en fonction de son diagnostic.

Prophétie autoréalisatrice

Prédiction (ou croyance) qui est confirmée parce que la personne et son entourage agissent de façon à contribuer à sa réalisation.

ce diagnostic. Lorsqu'on fait de l'étiquetage, on perçoit la personne étiquetée en fonction de cette étiquette, et on interagit avec elle en conséquence. Ainsi, il ne s'agit plus de Marie, par exemple, mais d'une personne dépressive. Si elle est triste ou fâchée, c'est parce qu'elle est «malade» et non parce qu'elle est victime de discrimination, par exemple. Marie elle-même risque d'interpréter ses pensées et ses réactions en fonction du prisme que représente cette étiquette. Tout confirme la prédiction donnée par le diagnostic : Marie et son entourage croient qu'elle est dépressive. Le diagnostic de dépression biaise les perceptions et risque de masquer la vérité. Ainsi, Szasz (1960) critique la psychiatrie, puisqu'il croit que la notion de maladie mentale peut contribuer à la déresponsabilisation des patients dans leur rétablissement et qu'on se sert de ces maladies pour pointer du doigt ceux qui dérangent ou menacent l'ordre établi.

Il n'est pas nécessaire de démontrer que l'utilisation de mots comme «fou», «malade mental» ou «aliéné» est préjudiciable à la personne ainsi qualifiée.

EN RELIEF

L'étiquetage en psychiatrie : l'expérience de Rosenhan

Le psychologue et chercheur David Rosenhan publie en 1973, dans la revue *Science*, un article intitulé «On Being Sane in Insane Places» (disponible en ligne). Cet article rapporte une expérience démontrant que, même dans les lieux spécialisés où l'on traite les maladies mentales, le phénomène de l'étiquetage est omniprésent.

L'expérience se déroule ainsi : Rosenhan et sept complices, des «pseudo-patients», téléphonent dans le but d'obtenir un rendez-vous dans un hôpital psychiatrique. Ces pseudo-patients disent entendre des voix confuses leur parlant de «vide». Ils se font assez facilement admettre à l'hôpital, mais une fois sur place, chacun parle normalement et ne présente plus aucun symptôme. L'objectif de l'exercice est de savoir en combien de temps les pseudo-patients obtiendront leur congé : ceux-ci sont restés hospitalisés entre 7 et 52 jours, avec une moyenne de 19 jours.

Ce qu'il importe de noter est que le personnel n'a démasqué aucun des pseudo-patients, mais que 35 des 118 personnes hospitalisées au même moment ont émis des soupçons concernant trois des pseudo-patients en affirmant que ces derniers n'étaient pas fous...

En outre, les pseudo-patients ont profité de leur séjour à l'hôpital pour observer le comportement du personnel vis-à-vis des personnes hospitalisées et ont recensé des situations dans lesquelles l'étiquetage était évident. En voici quatre :

- Le comportement «normal» d'un patient est interprété à travers l'étiquette qu'on lui applique, c'est-à-dire qu'il est interprété comme un symptôme supplémentaire. Par exemple, Rosenhan rapporte que dans certains dossiers des pseudo-patients, le personnel a noté un «comportement

d'écriture compulsif» justement parce qu'ils prenaient des notes.

- À cause de l'étiquetage, un comportement produit en réponse à l'environnement sera interprété comme étant causé par l'«anormalité» de la personne étiquetée. Par exemple, alors que des patients attendaient l'ouverture de la cafétéria une trentaine de minutes avant l'heure du repas, un psychiatre passant par là avec ses étudiants affirme que ce comportement est attribuable à des problèmes d'ordre oral (alors qu'en réalité, le manque d'activités faisait en sorte qu'il n'y avait pas grand-chose à faire d'autre que d'attendre les repas).
- L'étiquette crée une attente de rechute. Par exemple, à leur sortie, les pseudo-patients n'ont pas été déclarés guéris, mais «en rémission».
- L'étiquette fait que les gens se comportent de façon à dépersonnaliser l'individu. On n'agit pas comme s'il était une vraie personne avec une sensibilité, une intelligence et des émotions. Par exemple, le personnel discute d'un patient devant lui comme s'il n'était pas là.

En démontrant l'ampleur de l'étiquetage dans les hôpitaux psychiatriques, Rosenhan (1975) a créé la controverse, et de nombreux directeurs d'hôpitaux ont alors assuré que cela ne serait jamais arrivé dans leur établissement... Rosenhan leur a donc répondu qu'il enverrait des pseudo-patients afin de mettre ces hôpitaux à l'épreuve. Sur les 193 patients qui ont été admis dans la période qui a suivi, 41 ont été soupçonnés d'être un pseudo-patient par au moins un professionnel, 23 par au moins un psychiatre et 19 par un psychiatre et un autre membre du personnel. Alors que Rosenhan n'avait envoyé personne...

En réalité, ces mots augmentent les préjugés à l'égard des troubles psychologiques. Cette incompréhension engendre une crainte qui provoque l'évitement et le rejet. Poulin et Lévesque soulignent que les attentes sociales à l'égard d'une personne qui souffre d'un problème de santé physique diffèrent de celles que l'on manifeste à l'endroit d'une personne qui souffre d'un problème de santé mentale. En effet, dans ce dernier cas, «à défaut de symptômes clairement identifiés, la maladie mentale se révèle d'abord et avant tout comme une déviance par rapport aux normes culturellement et socialement établies» (Poulin et Lévesque, 1995, p. 120). Ces auteurs précisent que la population québécoise comprend la différence entre le retard mental et la maladie mentale, mais il n'en va pas de même des expressions telles que «malade mental», «ex-patient psychiatrique» et «personne souffrant d'un problème de santé mentale», car elles ne produisent pas les mêmes effets. On peut penser que c'est l'incompréhension et la peur qui font en sorte que l'étiquetage soit négatif.

L'étiquetage est à l'origine de plusieurs autres inconvénients comme la stigmatisation, les préjugés, la discrimination et la distance sociale. Lorsqu'on stigmatise une personne aux prises avec un trouble psychologique, on perçoit le diagnostic comme une marque de honte, de discrédit ou de fatalité. Par exemple, on peut croire qu'elle mérite ce qui lui arrive, qu'elle a commis une faute qui explique son état ou qu'elle ne pourra jamais aller mieux. Cette stigmatisation est une forme de préjugé, c'est-à-dire une prédisposition à réagir à l'égard d'une personne en fonction de son appartenance à une catégorie. Ce sont des croyances et des émotions, souvent négatives, qu'on endosse: les personnes schizophrènes sont dangereuses, les enfants aux prises avec un trouble déficit de l'attention sont stupides, les personnes dépressives sont paresseuses, etc. Si on prive cette personne d'un accès au logement, au travail, à l'éducation ou à la vie sociale, on fait alors de la discrimination: on agit en fonction de nos préjugés. La distance sociale est une forme de discrimination: on évite la personne dans la rue, on ne l'invite pas aux activités, etc. L'exploitation, l'intimidation et la violence peuvent aussi être les résultats de ces processus d'étiquetage.

EN RELIEF

Les étiquettes et la célébrité

En consultant le tableau 4.4, à la page suivante, on remarque qu'un problème de santé mentale ne compromet pas une carrière et n'empêche pas nécessairement une réussite professionnelle et une belle vie personnelle. C'est en effet plus souvent l'étiquette qui constitue un frein.

Le cas du désormais regretté John Forbes Nash Jr, présenté dans le film *Un homme d'exception*, fait la démonstration qu'avec du soutien et un travail thérapeutique, une personne souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie (voir le chapitre 9) peut parvenir à vivre avec ses symptômes et mener une vie familiale et professionnelle. Il faut souligner que M. Nash a reçu un prix Nobel en économie en 1994 et un prix Abel en mathématiques en 2015.

Au Québec, certaines personnes ont affirmé publiquement qu'elles souffraient d'un problème de santé mentale ou qu'elles en avaient souffert. Citons, par exemple, le livre *Au pays des rêves brisés*, écrit par les journalistes de *La Presse* Katia Gagnon et Hugo Meunier (2008). Cet ouvrage rapporte les témoignages de personnes inconnues et de personnes célèbres, accompagnés de photographies éloquentes. Normand Brathwaite, Stefie Shock, Michel Courtemanche, Marie-Sissi Labrèche, parmi d'autres, y expriment leurs souffrances afin de lever le voile sur les troubles de santé mentale.

Ainsi, ces exemples sont donnés dans le but de poursuivre le travail de sensibilisation. Les travailleurs sociaux et les éducateurs devant soutenir la réinsertion professionnelle et sociale de personnes ayant connu des difficultés peuvent s'en inspirer.

Tableau 4.4 Des personnalités publiques ayant vécu des problèmes de santé mentale

Trouble	Personnalités publiques
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clara Hugues (six médailles olympiques en cyclisme et en patinage de vitesse) ▪ Normand Brathwaite (musicien et comédien) ▪ Gwyneth Paltrow (comédienne et chanteuse)
Problèmes de toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ France Castel (chanteuse et comédienne) ▪ Dan Bigras (chanteur et comédien) ▪ Robert Downey Jr (comédien) ▪ Jack Kerouac (écrivain)
Trouble du spectre de la schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syd Barrett (musicien fondateur du groupe Pink Floyd) ▪ John Forbes Nash Jr (scientifique et prix Nobel)
Trouble bipolaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mara Tremblay (chanteuse) ▪ Michel Mpambara (humoriste) ▪ Jim Carrey (comédien) ▪ Pierre Péladeau (entrepreneur, fondateur du <i>Journal de Montréal</i>) ▪ Vincent Van Gogh (peintre)
Troubles obsessionnels-compulsifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leonardo DiCaprio (comédien et producteur) ▪ Justin Timberlake (chanteur et comédien) ▪ David Beckham (joueur de soccer)
Troubles anxieux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicolas Cage (comédien) ▪ Oprah Winfrey (comédienne, animatrice d'infovariétés) ▪ Véronique Bannon (comédienne)
Troubles de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anne Hathaway (comédienne) ▪ Alanis Morissette (chanteuse) ▪ Mitsou (chanteuse, femme d'affaires et animatrice)

EXERCICE 4.1 | Un peu de vocabulaire

Associez chacun des cas à l'un des termes suivants :

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| A Clinicien | E Test projectif |
| B Comorbidité | F Étiquetage |
| C Alliance thérapeutique | G Prophétie autoréalisatrice |
| D Anamnèse | |

1. Depuis que Jacques a reçu un diagnostic d'un trouble du spectre de la schizophrénie, sa sœur pense que la créativité de ses toiles, qui sont très abstraites, est attribuable à sa maladie.

2. Avec le temps, Jocelyn a développé une phobie sociale qu'il « soigne » avec l'alcool, ce qui a provoqué une dépendance.

3. Lors d'une évaluation clinique, on a présenté à Marion des dessins étranges qui ressemblaient à des taches d'encre. Elle devait dire ce qu'elle y voyait.
4. Carl est un professionnel qui aide les gens à comprendre ce qu'ils ressentent et à déterminer s'ils ont un problème de santé mentale.
5. On a dit à Kevin qu'il avait un trouble déficit de l'attention. Depuis ce temps, il ne fait plus d'effort pour écouter en classe, il garde même ses écouteurs placés sur ses oreilles. Lorsque son enseignante le lui fait remarquer, il répond : « C'est sûr, je suis déficitaire ! »
6. Patrick est en thérapie depuis deux ans avec André, un psychologue. Il sent qu'il s'améliore en tant que père parce qu'il se sent en confiance et respecté par André.
7. Delphine, une éducatrice spécialisée, cherche à reconstituer l'origine de la toxicomanie d'une adolescente qu'elle suit. Elle lui pose des questions sur son enfance, sa famille et ses amis.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

RÉSUMÉ

Les cliniciens

- On nomme cliniciens les professionnels de la santé qui établissent des diagnostics en observant directement les personnes. Au Québec, les médecins (dont les psychiatres) et les psychologues sont les principaux professionnels autorisés à effectuer une évaluation psychologique menant à un diagnostic de trouble mental, bien que certains sexologues, conseillers en orientation et infirmières le sont aussi. Néanmoins, le terme clinique renvoie surtout au contact en face à face et s'applique aussi à tout intervenant travaillant en relation thérapeutique.
- La différence entre le psychologue et le psychiatre tient surtout au fait que le psychiatre a une formation en médecine, ce qui en fait un expert de la biologie humaine. Il peut ainsi prescrire des traitements médicaux comme les médicaments, l'électroconvulsivothérapie ou une chirurgie pour traiter un problème de santé mentale. Le psychologue est davantage orienté vers la psychothérapie.



Fiche de révision

Les sources d'information d'une évaluation

- Durant une entrevue clinique, le clinicien recueille diverses informations. L'entrevue permet d'entendre la version de la personne évaluée concernant sa propre histoire et le motif de sa consultation. Elle contribue aussi à recueillir des renseignements permettant de mieux comprendre le contexte dans lequel se manifestent les symptômes (le travail, les relations amoureuses, familiales et amicales, les loisirs, l'histoire de vie [ou anamnèse], la santé physique, etc.).
- Si le processus d'évaluation en est à ses débuts, le clinicien privilégie souvent une plus grande ouverture et laisse la personne « choisir » les thèmes en réalisant une entrevue non dirigée. Une entrevue dirigée est plus efficace pour évaluer un aspect précis, par exemple l'autonomie fonctionnelle d'une personne. Avec l'expérience, la plupart des cliniciens adoptent un style d'entrevue semi-dirigée, qui vise l'efficacité tout en laissant place à l'expression authentique et révélatrice.

- L'examen mental consiste à observer l'état mental de la personne à travers son langage non verbal, qui repose sur des gestes, des expressions faciales, des attitudes, l'apparence ou l'hygiène. La tenue vestimentaire, les mouvements, les répétitions, les omissions, les hésitations, les tics nerveux, la posture, etc. en font partie.
- Les tests psychologiques valides, fidèles et standardisés comprennent notamment les tests de personnalité projectifs et objectifs, les tests d'intelligence et les tests neuropsychologiques.

Quelques situations nuisant au processus d'évaluation clinique

- Certaines situations peuvent nuire au processus d'évaluation, notamment la découverte d'une information susceptible de remettre en question une évaluation, des informations cachées ou niées (un abus, par exemple), l'autodiagnostic (la personne arrive convaincue qu'elle est bipolaire, par exemple), ou encore la confiance et le secret professionnel, dont l'importance de l'alliance thérapeutique.

Les classifications des troubles psychologiques

- Les ouvrages qui classent les troubles psychologiques sont entre autres la CIM et le *DSM* (plus souvent utilisé en Amérique du Nord). Ces manuels peuvent réduire une personne aux symptômes qu'elle présente, mais ils ont cependant l'avantage d'offrir un vocabulaire commun plus cohérent. Par ailleurs, ils évoluent au gré des normes sociales et sont influencés par des facteurs politiques et économiques, dont les pressions commerciales exercées par les compagnies pharmaceutiques et les compagnies d'assurance.

Les effets du diagnostic

- Le fait de recevoir un diagnostic de maladie mentale entraîne des conséquences positives et négatives. La personne et ses proches peuvent être soulagés, mais il arrive que cette personne soit victime d'un étiquetage aux effets négatifs, car celui-ci favorise les prophéties autoréalisatrices, la stigmatisation, les préjugés, la discrimination et la distance sociale.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)

514 524-7131
www.aqpamm.ca

La boussole

Aide aux proches d'une personne atteinte de maladie mentale
www.laboussole.ca

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Pour savoir quand consulter et comment choisir un psychoéducateur, obtenir le répertoire, etc.
1 877 913-6601
www.ordrepsed.qc.ca

Ordre des psychologues du Québec

Pour trouver un professionnel, obtenir une référence au privé, trouver les coordonnées d'un psychologue selon la région, l'approche psychologique, le type de trouble, etc.
1 800 561-1223
www.ordrepsy.qc.ca

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Pour mieux connaître ces professions, trouver un membre, etc.
1 888 731-9420
otstcfq.org

Ordre professionnel des criminologues du Québec

Pour connaître le rôle d'un criminologue et ses domaines d'expertise, etc.
1 844 437-6727
ordrecrim.ca

Ordre professionnel des sexologues du Québec

Pour trouver un membre, connaître les champs d'exercice et les secteurs de pratique de même que les activités réservées et partagées, etc.
1 855 386-6777
opsq.org

LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET LES TROUBLES BIPOLAIRES

Par Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

5.1 Une description clinique des troubles dépressifs et des troubles bipolaires	135
5.1.1 Le trouble dépressif majeur (ou caractérisé)	139
5.1.2 Le trouble dépressif persistant	140
5.1.3 Le trouble de dérégulation de l'humeur explosive ..	140
5.1.4 Le trouble dysphorique prémenstruel	141
5.1.5 Le syndrome d'épuisement professionnel	141
5.1.6 Le trouble bipolaire de type I	141
5.1.7 Le trouble bipolaire de type II	142
5.1.8 La dépression et l'anxiété	146
5.1.9 Les troubles dépressifs à caractère saisonnier et avec début lors du post-partum	147
5.2 La prévalence des troubles dépressifs et bipolaires	148
5.3 Les facteurs de risque liés aux troubles dépressifs et bipolaires	150
5.3.1 Les facteurs prédisposants liés aux troubles dépressifs et bipolaires	151
5.3.2 Les facteurs précipitants liés aux troubles dépressifs et bipolaires	153
5.3.3 Les facteurs de maintien liés aux troubles dépressifs et bipolaires	155
5.4 Les traitements des troubles dépressifs et bipolaires	157
5.4.1 Les thérapies biologiques	157
5.4.2 La sismothérapie	159
5.4.3 Les thérapies psychologiques	159
5.4.4 Les thérapies sociales	161
5.4.5 La combinaison des traitements	161



Dépression

État marqué par l'abattement émotif et cognitif ; ensemble des troubles marqués par cet abattement.

Manie

État marqué par l'exaltation émotive et cognitive ; ensemble des troubles marqués par cette exaltation.

Hypomanie

Forme d'altération de l'humeur marquée par l'euphorie, mais qui ne cause pas de désorganisation clinique.

Perte symbolique

Perte d'un objet intangible comme un idéal, un rêve, un projet ou une image de soi.

Les troubles dépressifs et les troubles bipolaires sont des troubles de santé mentale caractérisés par des états émotifs durables qui peuvent entraîner une souffrance parfois intolérable et handicaper gravement les personnes atteintes. L'état émotif qui caractérise la **dépression** est la tristesse. Quant au trouble bipolaire, il comporte des symptômes de **manie** ou d'**hypomanie**, c'est-à-dire un épisode durant lequel l'état émotif est marqué par l'euphorie, un sentiment de joie extravagante. Bien loin d'être des phénomènes extrêmes de la maladie mentale, la tristesse et l'euphorie font partie de l'expérience humaine ordinaire. Cependant, dans un trouble dépressif ou bipolaire, ces émotions submergent les capacités d'action au point de nuire à l'adaptation de la personne dans son milieu. Celle-ci est incapable de s'engager efficacement dans les études, dans le travail ou dans les relations interpersonnelles. En plus d'être graves, ces troubles sont assez courants. La dépression en particulier est si fréquente qu'on en parle parfois comme étant le mal du 21^e siècle (Gérard, 2010). L'Organisation mondiale de la santé prédit qu'elle sera en 2020 la deuxième cause d'invalidité et de décès prématuré dans le monde (OMS, 2015).

Rares sont les vies humaines qui ne comportent pas des épisodes de profonde tristesse. En fait, la tristesse constitue une réaction émotionnelle normale à l'égard d'une expérience vécue par tous les êtres humains : l'expérience de la perte. Les pertes peuvent être concrètes : perte de ses proches à cause de ruptures ou de décès, perte de sa maison dans un incendie, perte de son emploi ou perte de sa santé. Même le retour des vacances, la fin d'un intense processus créatif ou la naissance d'un enfant peuvent occasionner un sentiment de perte et des états dépressifs.

Les pertes qui causent de la tristesse peuvent aussi être des pertes intangibles. On parle alors de **pertes symboliques** (Kleftaras, 2004). Il peut s'agir, par exemple, de l'abandon de ses projets d'étude ou de carrière à cause d'un échec ou des limites qu'on découvre à ses talents. La perte de ses rêves ou de ses repères quand on change de milieu et d'amis peut également entraîner de la tristesse. Il existe même des situations déprimantes propres aux étudiants, comme l'autocritique, qui peut résulter des évaluations fréquentes et jamais entièrement positives, le sentiment d'être inefficace et la dépendance (Blatt, D'Affliti et Quinlan, 1976).

La tristesse est donc une réaction naturelle lorsque survient une perte. Par exemple, les personnes en deuil diminuent leurs activités et leurs responsabilités pendant un certain temps, période durant laquelle on s'attend à ce qu'elles vivent et expriment leur tristesse. Cependant, les délais consacrés au deuil ne suffisent pas toujours. Il arrive même parfois que la douleur du deuil s'aggrave de mois en mois. La tristesse peut envahir l'univers émotif d'une personne

d'une manière si persistante et si intense qu'elle l'empêche de mener à bien ses projets ou d'assumer ses responsabilités. Elle peut aussi nuire à la concentration, au sommeil, à la faculté d'éprouver du plaisir ou d'établir des liens avec autrui. Dans les cas les plus graves, la personne déprimée reste prostrée au lit, incapable de former des idées ou d'entreprendre une activité.

L'euphorie est l'inverse de la tristesse : elle est la réaction émotionnelle qui accompagne les gains et les succès. Ses dimensions principales sont la confiance en soi et l'énergie. L'euphorie stimule l'activité physique et cognitive, ainsi que la capacité à s'engager dans des projets. Les entraîneurs cherchent à promouvoir des états euphoriques chez les sportifs pour améliorer leurs performances. Dans certaines entreprises, il existe des programmes de motivation visant à favoriser un climat euphorique propice au déploiement des énergies des employés. Or, il arrive que le fonctionnement personnel et social des personnes gagnées par l'euphorie soit perturbé ; l'euphorie devient alors de la manie ou de l'hypomanie (voir la rubrique *En Relief à la page 145*). La manie pourrait se comparer à une soirée du Nouvel An extraordinaire durant laquelle tous les conflits disparaîtraient soudainement, de même que tous les problèmes quotidiens d'argent, de travail ou d'étude. Comme lors d'une fête excessive, les personnes qui traversent une période de manie peuvent commettre des abus désastreux et négliger leurs besoins. Par exemple, elles se dépensent frénétiquement, ne dorment plus ou ne consomment que du café. Leurs forces s'épuisent et elles sombrent alors dans l'envers de l'euphorie : la tristesse.



La tristesse est l'émotion à la base de la dépression. La tristesse est devenue si fréquente qu'on l'appelle parfois le mal du 21^e siècle.

5.1 Une description clinique des troubles dépressifs et des troubles bipolaires

Les différents troubles dépressifs et bipolaires se distinguent par leur intensité et par les épisodes d'humeur dépressive ou maniaque qui les caractérisent. Les troubles dépressifs comportent des épisodes dépressifs plus ou moins marqués. Les **troubles bipolaires** présentent quant à eux des épisodes maniaques plus ou moins marqués et parfois des épisodes hypomaniaques, mais souvent aussi des épisodes dépressifs, d'où leur qualificatif de bipolaires : les personnes affectées par ces troubles oscillent entre des pôles d'humeurs opposées (Angst et Sellaro, 2000).

L'encadré 5.1, à la page suivante, résume les critères diagnostiques de l'**épisode dépressif majeur** (ou **caractérisé**). Lorsqu'une personne est envahie par une humeur dépressive incapacitante pendant au moins deux semaines, elle vit

Troubles bipolaires

Troubles caractérisés par la présence d'épisodes de dépression et de manie ou d'hypomanie.

Épisode dépressif majeur (ou caractérisé)

Épisode marqué par des symptômes de dépression.

ENCADRÉ 5.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour un épisode dépressif [majeur ou] caractérisé

- A** Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. [...]
1. Humeur dépressive [...] éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir [...].
 3. Perte ou gain de poids significatif [...].
 4. Insomnie ou hypersomnie [...].
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur [...].
 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 [...].
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours [...].
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B** Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C** L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

un épisode dépressif majeur. Un tel épisode comporte aussi des symptômes cognitifs : une réduction de la concentration et de l'estime de soi, ainsi que de l'indécision. Des idées récurrentes de mort peuvent survenir. Les fonctions corporelles sont également affectées, surtout les cycles de sommeil et l'appétit. Les dépressifs font de l'insomnie ou alors ils dorment plus que la normale (Poirot, 2010). L'appétit est perturbé selon des modalités comparables : soit il diminue, soit il augmente.

Par ailleurs, les personnes qui vivent un épisode de dépression majeure n'éprouvent plus de plaisir à accomplir leurs activités quotidiennes. Cette incapacité à éprouver du plaisir se nomme anhédonie (voir le chapitre 9). Elles s'étourdissent alors dans l'action ou, plus fréquemment, n'ont plus d'énergie et sont incapables de s'engager dans leurs activités habituelles.

À l'opposé de l'épisode dépressif, l'**épisode maniaque** se caractérise par une activité extrême et par une énergie débordante (voir l'encadré 5.2 à la page 138). Les personnes qui vivent un tel épisode parlent beaucoup, avec un débit rapide, et leur discours est marqué par la fébrilité et la fuite des idées : ils sautent d'un sujet

Épisode maniaque

Épisode de vie marqué par des symptômes de manie.

Étude de CAS

La dépression et le suicide

Les suicides de célébrités comme ceux de l'écrivaine Nelly Arcand, du présentateur de télévision Gaétan Girouard, de l'acteur Robin Williams ou du chanteur Kurt Cobain, révèlent parfois de manière spectaculaire le risque de suicide inhérent aux troubles dépressifs et bipolaires. En 2000, au Québec, la mort de Dédé Fortin, le populaire chanteur du groupe Les Colocs, a marqué les esprits. Souffrant de trouble bipolaire, Dédé Fortin a vécu des moments d'euphorie grâce à une carrière marquée par de grands succès. Mais il pouvait aussi sombrer dans la tristesse : il a été très affecté par le décès de son harmoniciste, Patrick Esposito di Napoli, alors que le groupe prenait son envol, puis par l'échec du camp du Oui au référendum de 1995 pour l'indépendance du Québec. Mais ce sont les peines amoureuses qui l'ont le plus blessé, et qu'il a exprimées dans sa chanson *Le répondeur*. À la suite d'une rupture, le chanteur a fait ses adieux à son public lors d'un gala de l'ADISQ. Il ne voyait pas d'autre issue que le suicide à la détresse qui l'accablait.

Des données illustrent le lien entre le suicide et les troubles dépressifs et bipolaires. De 50 à 60% des personnes qui se suicident présentent des symptômes de dépression ou de manie. De 4 à 15% des personnes atteintes de troubles dépressifs et bipolaires se suicident, et ce taux peut atteindre 20% chez les personnes qui ont été hospitalisées pour ces troubles (Isacson *et al.*, 2002; Worchel et Gearing, 2010). La société québécoise était une championne du suicide jusqu'à une date récente (un des taux les plus élevés au monde en 1999). Des campagnes de sensibilisation comme la Semaine de la prévention du suicide ont peut-être permis à des personnes en détresse de trouver du réconfort, et le nombre de suicides a connu une baisse marquée. Mais le suicide fait encore deux fois plus de victimes que les accidents de la route, soit 13,5 morts par suicide par tranche de 100 000 habitants au Québec en 2013, ce qui représentait trois cas de suicide par jour dans la province (Lamarre, 2014).

Les mesures mises de l'avant et les campagnes de prévention du suicide comportent une sensibilisation des professionnels de la santé mentale et surtout du grand public. L'objectif en est d'augmenter le soutien que les proches, rendus plus attentifs, peuvent fournir à une personne suicidaire potentielle. Le passage à l'acte correspond le plus souvent à un moment de crise plutôt qu'à une décision réfléchie. Une intervention ponctuelle peut éviter un suicide et pas seulement le retarder. D'ailleurs, les obstacles aux moyens de suicide constituent une mesure efficace de prévention, dont la limitation de l'accès aux

armes à feu. Même des mesures qui peuvent sembler excessives, comme les clôtures anti-suicide sur les trottoirs du pont Jacques-Cartier, contribuent réellement à faire baisser le taux de suicide.

Comme la détresse humaine universelle que la dépression dévoile sans fard, le suicide révèle la fragilité de la condition humaine, qui peut verser dans la tragédie. Pour Bibeau (2012), le suicide et la dépression trouvent leurs racines dans une société compétitive qui ne tolère pas l'expression des sentiments négatifs. Par exemple, exprimer sa détresse en milieu de travail peut donner l'impression de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités. Bibeau (2012) évoque d'ailleurs la variété des conduites suicidaires, qui comporte des dépendances et des attitudes de démission de l'individu face à ses propres rêves.

Le deuil

Le deuil est un ensemble de réactions émotives à la suite d'une perte, qui peut être tangible (la mort d'un être cher ou une rupture amoureuse) ou intangible (la perte d'un idéal). Le deuil se vit généralement selon une série de phases, qui comportent une tristesse et une colère qui ressemblent à la dépression. D'ailleurs, le deuil peut déboucher sur un épisode dépressif majeur. Il peut aussi déboucher sur une sorte de renaissance, comme l'illustre la biographie du communicateur Jacques Languirand. Il s'était rêvé homme de théâtre, mais avait échoué. Cet échec l'a conduit à la dépression, dont il a guéri en découvrant de nouveaux chemins pour s'investir, ceux de la communication des différents courants de pensée sur une multitude de sujets dont il s'est fait le porte-parole à la radio.



La dépression est parfois une expérience de transformation intérieure. Le psychologue polonais Dabrowski parle de désintégration positive pour décrire les stades que traversent des personnes au talent exceptionnel qui, comme l'ancien animateur de radio Jacques Languirand, traversent des crises où ils vivent des pertes puis se reconstruisent.

à l'autre et ils ont du mal à terminer les thèmes qu'ils abordent. Sexualité, travail, plans grandioses, la personne en manie éprouve un plaisir très vif à effectuer toutes les activités dans lesquelles elle s'engage. L'épisode maniaque est d'ailleurs parfois décrit comme un orgasme constant, ce qui amène les personnes bipolaires à négliger de prendre leurs médicaments, et même à rechercher délibérément l'épisode maniaque (Bougerol, 1995). L'estime de soi peut être gonflée. Des symptômes physiologiques et cognitifs se manifestent, notamment par la réduction du temps de sommeil et par la distractibilité, c'est-à-dire par une difficulté à rester concentré sur une seule cible. Les personnes en manie se lancent dans plusieurs tâches en même temps, qu'elles abandonnent facilement si un nouveau centre d'intérêt apparaît. Au cours d'un épisode maniaque, elles peuvent entreprendre des projets rocambolesques et catastrophiques. Par exemple, une personne peut investir des sommes d'argent empruntées pour commercialiser

ENCADRÉ 5.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour un épisode maniaque

- A** Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante [...].
- B** Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants [...] sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. Réduction du besoin de sommeil [...].
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. Distractibilité [...].
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but [...] ou agitation psychomotrice [...].
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables [...].
- C** La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- D** L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance, un médicament ou un autre traitement donnant lieu à un abus) ou à une autre affection médicale.

N.B. : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

une invention farfelue ou encore hypothéquer ses biens pour fonder une œuvre humanitaire impossible. Le dérèglement du comportement peut tourner à la psychose et nécessiter une hospitalisation. L'épisode maniaque peut survenir de manière isolée, mais il est le plus souvent une phase dans les troubles bipolaires. À la fin, l'irritabilité devient plus fréquente et la dépression suit l'euphorie.

5.1.1 Le trouble dépressif majeur (ou caractérisé)

Le trouble dépressif le plus couramment diagnostiqué est le **trouble dépressif majeur** (ou **caractérisé**) (Kessler et Wang, 2009). Ses critères diagnostiques incluent ceux d'un épisode dépressif majeur (voir l'encadré 5.1) auxquels s'ajoutent des critères servant à distinguer le trouble dépressif majeur d'autres troubles. Ainsi, une caractéristique distinctive importante de ce trouble est qu'il ne comporte pas d'épisodes maniaques ou hypomaniaques (voir l'encadré 5.3).

Trouble dépressif majeur (ou caractérisé)

Trouble marqué par un épisode dépressif majeur, suffisamment grave pour entraver les activités quotidiennes de la personne atteinte.

ENCADRÉ 5.3 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble dépressif [majeur ou] caractérisé

- A** Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. [...]
1. Humeur dépressive [...] éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir [...].
 3. Perte ou gain de poids significatif [...].
 4. Insomnie ou hypersomnie [...].
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur [...].
 6. Fatigue ou perte d'énergie [...].
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée [...].
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision [...].
 9. Pensées de mort récurrentes [...].
- B** Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C** L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale. [...]
- D** La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- E** Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

L'évaluation de la gravité de la dépression dépend des antécédents de celle-ci dans la vie d'une personne. L'épisode dépressif majeur isolé est souvent associé à une perte identifiable ou à une crise dans le parcours de vie (Johnson, Cuellar et Miller, 2009). La plupart des personnes dépressives vivent cependant des épisodes de dépression majeure récurrents plutôt que des épisodes isolés. Si une personne a déjà vécu des troubles de l'humeur, elle est plus susceptible d'en vivre de nouveaux. Le risque d'une rechute est plus élevé chez les personnes qui en ont déjà souffert auparavant et qui n'ont pas reçu le traitement approprié. On estime que 65 % des personnes ayant déjà présenté un trouble dépressif majeur en connaîtront un deuxième (Colman *et al.*, 2011). Si les épisodes dépressifs sont nombreux, la dépression majeure peut être considérée comme chronique (Robbins, 2009). Par ailleurs, les épisodes de dépression vécus précédemment permettent d'anticiper le degré de gravité des épisodes suivants. Une personne qui vit des épisodes fréquents a besoin de plus de traitements qu'une personne qui vit un épisode isolé, et le pronostic de guérison à long terme est moins bon (Beaucage *et al.*, 2009). Dans le pire des épisodes de dépression, l'abattement peut être complet et nécessiter une prise en charge permettant d'assurer la survie de la personne.

Les épisodes de dépression majeure comportent un risque élevé de suicide. Quand un épisode de dépression se résorbe de lui-même ou après des traitements, les interventions thérapeutiques cherchent à prévenir l'apparition d'un nouvel épisode (Boland et Kessler, 2009). La dépression majeure apparaît le plus fréquemment entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte (Rouillon, 2010).

5.1.2 Le trouble dépressif persistant

Trouble dépressif persistant

Trouble marqué par une humeur dépressive stable, sans que celle-ci dérègle le cours normal des activités.

Le **trouble dépressif persistant** (ou dysthymie) est une dépression moins grave que la dépression majeure, mais qui s'étend sur une plus longue période (de 2 ans à 20 ans, voire 30 ans, avec une durée moyenne de 5 ans). Comme ce trouble permet tout de même de fonctionner, il ressemble à un trait de caractère plutôt qu'à un trouble de santé mentale (Robbins, 2009). Cependant, la plupart des personnes affectées vivent un épisode de dépression majeure au cours de leur vie. Le risque de suicide est également plus élevé chez les personnes présentant un trouble dépressif persistant que chez celles qui ne vivent qu'un épisode isolé de dépression majeure (Worchel et Gearing, 2010).

5.1.3 Le trouble de dérégulation de l'humeur explosive

Dans les troubles dépressifs, les humeurs et les perceptions négatives ne sont pas uniquement tournées contre soi-même : elles peuvent aussi être dirigées contre autrui, ce qui se manifeste par de l'irritabilité. L'irritabilité se définit comme une faible tolérance à la frustration, ou comme une facilité à se fâcher. On peut l'observer par exemple chez un enfant dont les réactions émotives semblent disproportionnées, comme des crises de larmes et de colère chaque fois qu'il doit s'habiller ou partir pour l'école.

Trouble de dérégulation de l'humeur explosive

Trouble dépressif caractérisé par l'irritabilité et observé chez les enfants et les adolescents.

L'irritabilité est le symptôme principal du **trouble de dérégulation de l'humeur explosive**. Ce trouble touche les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, sujets à des colères fréquentes et à des épisodes de perte de contrôle du comportement. Ses premiers signes apparaissent après l'âge de 6 ans et avant l'âge de 10 ans. L'APA (2015) a ajouté le trouble de dérégulation de l'humeur explosive dans le *DSM-5* pour prévenir les faux diagnostics de troubles bipolaires chez les enfants.

5.1.4 Le trouble dysphorique prémenstruel

L'irritation est aussi une manifestation (avec des symptômes dépressifs marqués) du **trouble dysphorique prémenstruel**, une forme aiguë de syndrome prémenstruel que le *DSM-5* considère comme un diagnostic nécessitant des traitements. Les symptômes de ce trouble suivent le cycle menstruel : ils surviennent après l'ovulation et disparaissent au moment des menstruations. En plus des perturbations de l'humeur ainsi que des perturbations cognitives communes aux autres troubles dépressifs (difficulté de concentration), le trouble dysphorique prémenstruel s'accompagne souvent de symptômes physiques, principalement des problèmes de peau et des problèmes gastro-intestinaux (Willaume, 2011).

Trouble dysphorique prémenstruel

Forme de trouble prémenstruel caractérisé par des perturbations de l'humeur liées au cycle menstruel.

5.1.5 Le syndrome d'épuisement professionnel

Le *DSM-5* ne considère pas le **syndrome d'épuisement professionnel** (ou *burn-out*) comme un trouble indépendant. Le milieu de la santé mentale et le grand public utilisent quand même largement ce diagnostic. D'ailleurs, les régimes d'assurance privés ainsi que la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec (CSST) peuvent indemniser des travailleurs dont les incapacités sont dues à l'épuisement. L'épuisement professionnel ressemble beaucoup à la dépression : il comporte des symptômes de perte de l'estime de soi, d'abattement, de perte d'idéal en plus de l'épuisement physique et psychologique. Les facteurs de risque principaux sont liés à la façon de gérer le stress au travail. Les métiers qui requièrent des habiletés dans les relations humaines comportent un plus grand risque d'épuisement, mais toutes les professions peuvent être affectées. On retrouve également ces symptômes chez les aidants naturels ou chez les personnes s'impliquant dans des activités bénévoles.

Syndrome d'épuisement professionnel

Ensemble de symptômes dépressifs liés au stress du travail.

5.1.6 Le trouble bipolaire de type I

Le critère diagnostique qui définit le **trouble bipolaire de type I** est la présence d'un épisode maniaque (*voir les critères diagnostiques de l'épisode maniaque dans l'encadré 5.2 et les critères complets du trouble bipolaire de type I dans l'encadré 5.4*). Au cours d'un épisode maniaque, la personne peut atteindre des degrés élevés de désorganisation du fonctionnement (Bougerol, 1995) et risque de compromettre sa capacité à garder un emploi ou à maintenir des relations sociales. Au sommet de la manie, des idées délirantes proches des délires psychotiques peuvent se manifester. Par exemple, un patient hospitalisé s' imagine

Trouble bipolaire de type I

Trouble bipolaire marqué par la présence d'un épisode maniaque.

ENCADRÉ 5.4 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble bipolaire de type I

1. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque [...].
2. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, *DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

qu'il est là pour acheter l'hôpital; un autre est convaincu que son exaltation a été causée par le souper empoisonné qu'ont préparé ses amis. On nommait d'ailleurs, jusqu'à tout récemment, le trouble bipolaire de type I la psychose maniacodépressive. Sur le plan social, on stigmatise davantage le trouble bipolaire de type I que les autres troubles de l'humeur.

5.1.7 Le trouble bipolaire de type II

Trouble bipolaire de type II

Trouble bipolaire marqué par l'alternance d'un épisode hypomaniaque et d'un épisode de dépression majeure.

Épisode hypomaniaque

Épisode de vie marqué par des symptômes de manie insuffisamment graves pour entraver le fonctionnement.

Cyclothymie

Trouble bipolaire marqué par des oscillations d'humeur entre la tristesse et l'euphorie plus élevées que la moyenne, mais insuffisamment fortes pour entraver le fonctionnement.

Le **trouble bipolaire de type II** (voir l'encadré 5.5) se caractérise par l'alternance d'un **épisode hypomaniaque** et d'un épisode dépressif majeur. La distinction entre un épisode hypomaniaque et un épisode maniaque peut être difficile à saisir. Dans un épisode hypomaniaque, une personne peut sortir beaucoup, boire de l'alcool en quantité, vivre une intense activité sexuelle, parler beaucoup sans écouter, faire des projets de voyage ou s'acheter un violon au-dessus de ses moyens pour se lancer dans une carrière de musicien, mais aucun de ces projets n'est accompagné d'efforts soutenus pour les réaliser à cause de l'incapacité à se concentrer sur chacun d'entre eux. Cependant, cette personne hypomaniaque continue de travailler, assume ses responsabilités quotidiennes et ne perd pas contact avec la réalité. À l'opposé, dans l'épisode maniaque, la personne bipolaire peut délirer et prétendre que sa carrière de violoniste est compromise par un complot, par exemple, et elle peut aussi cesser de remplir ses obligations financières ou ses engagements professionnels. Elle peut, en outre, nécessiter une hospitalisation, ce qui n'est pas le cas pour un épisode hypomaniaque.

Le moins incapacitant des troubles bipolaires est la **cyclothymie**, qui est caractérisée par une alternance d'épisodes dysthymiques (dépression moins sévère) et d'épisodes hypomaniaques (manie moins sévère) plutôt que par des épisodes de dépression majeure et des épisodes de manie complets. Les épisodes relativement modérés de perturbation de l'humeur peuvent durer des années chez les personnes cyclothymiques et elles ont moins besoin de consulter les professionnels de la santé mentale. Leur entourage les considère comme des personnes aux humeurs changeantes.

L'évaluation des troubles bipolaires dépend non seulement de la gravité immédiate des symptômes, mais également de leur fréquence et de leur place dans l'historique de la vie d'une personne. Un des critères d'évaluation est la rapidité de l'alternance des cycles de dépression et de manie. Des cycles rapides sont plus incapacitants et plus difficiles à traiter. On dit d'un trouble qu'il est à cycle rapide s'il entraîne quatre changements d'humeur dans une année. Les troubles à cycle rapide affectent surtout les femmes et les adolescents (Waltz, 1999). Les cycles rapides tendent à commencer par des épisodes de dépression plutôt que par des épisodes de manie. La figure 5.1, à la page 144, présente les caractéristiques des principaux troubles dépressifs ou bipolaires.

ENCADRÉ 5.5 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble bipolaire de type II

Épisode hypomaniaque

- A** Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante [...].
- B** Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants [...] sont présents avec une intensité significative [...]:
 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. Réduction du besoin de sommeil [...].
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. Distractibilité [...].
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but [...] ou agitation psychomotrice.
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables [...].
- C** L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement [...].
- 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 [...] ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F** L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance [...].

Trouble bipolaire de type II

- A** Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque [...] et au moins pour un épisode dépressif caractérisé [...].
- B** Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
- C** L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
- D** Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

EN RELIEF

Les dangereux bénéfiques de l'hypomanie

Contrairement aux épisodes dépressifs majeurs, qui sont immensément souffrants et incapacitants, l'hypomanie est plutôt vécue comme une expérience plaisante. En plus, elle présente des avantages dans une société compétitive, à cause du débordement d'énergie qui la caractérise et qui peut être canalisée dans le travail.

Un signe avant-coureur de l'hypomanie est une réduction des besoins en sommeil, propice à une augmentation de la productivité. L'hypomanie se manifeste aussi par un bouillonnement d'idées, qui sont souvent désordonnées, mais qui peuvent être fructueuses. Pour plusieurs personnes, le surplus d'énergie est dilapidé dans des projets grandioses, mais stériles et inachevés. Ces personnes changent de métier, entreprennent de nouvelles études, qu'elles abandonnent, ou s'engagent dans des relations amoureuses sans lendemain.

Pour plusieurs personnes souffrant de troubles bipolaires, pourtant, les épisodes hypomaniaques sont vécus comme une phase créative au cours de laquelle elles entreprennent des projets grandioses. Leur énergie leur confère du charisme, un talent utile pour les meneurs. Ainsi, l'hypomanie peut être associée à des carrières exceptionnelles, notamment dans le domaine des arts, des affaires ou de la politique. Au Québec, l'acteur et humoriste François Massicotte, la chanteuse Mara Tremblay, le producteur Guy Latraverse et le magnat de la presse Pierre Péladeau ont témoigné de leur bipolarité. La bipolarité est même perçue comme la « maladie des génies ». On l'attribue à des compositeurs comme Chopin et Beethoven, à des écrivains comme Balzac, qui écrivait toute la nuit, ou à certains grands leaders comme Winston Churchill ou Napoléon Bonaparte qui, pendant la campagne de Russie, ne somnolait que quelques minutes par nuit sur son cheval.

Les avantages relatifs de l'hypomanie sont cependant chèrement payés. Pour ralentir le rythme, pour réussir à dormir ou pour maintenir leur train d'enfer, les personnes en hypomanie abusent souvent d'alcool et de drogues (cocaïne et stimulants chimiques, en particulier) et se trouvent parfois aux prises avec un problème de toxicomanie compliquant leur guérison – et causant d'autres ennuis. Dans tous les domaines, le surcroît d'énergie conduit plus souvent à des comportements risqués et inconsidérés qu'à des pics créatifs. Financièrement, l'hypomanie peut être ruineuse. Dans la foulée de leur trop grande confiance en eux, les personnes bipolaires font, par exemple, peu de cas des marges de crédit et s'engagent dans des dépenses excessives. Au volant, leurs excès de confiance en

font des conducteurs particulièrement dangereux. Au travail, leur superbe phase créative les pousse volontiers à s'engager dans des projets irréfléchis qui échouent et leur font perdre leur crédibilité professionnelle. Le charisme et l'éloquence des personnes bipolaires se changent facilement en un fouillis d'idées disparates qui vont et viennent sans qu'on réussisse à les saisir et à les structurer. Sur le plan sexuel, une libido excessive conduit un grand nombre de personnes hypomaniaques à multiplier le nombre de leurs partenaires et à s'engager dans des pratiques à risque qu'elles assumeront mal une fois revenues à la réalité.

De retour sur terre, les personnes hypomaniaques constatent les pertes qu'elles se sont infligées : ruptures amoureuses, dettes faramineuses et sabotage professionnel. L'ampleur de ces pertes peut suffire à décourager et à blesser l'estime de soi. La phase hypomaniaque peut donc en elle-même être une cause de la phase dépressive qui lui succède.

L'exaltation hypomaniaque est également associée à un risque accru de suicide. Les personnes souffrant d'hypomanie risquent en effet d'utiliser des moyens plus violents et plus efficaces que les dépressifs si elles retournent contre elles-mêmes leur énergie débordante.



▼ Durant la Seconde Guerre mondiale, les pilotes de bombardiers, les opérateurs de sous-marins et les fantassins allemands qui ont surpris les armées alliées par la vitesse de leurs mouvements étaient dopés à la pervitine, une métamphétamine créant un état euphorique et insomniaque similaire à l'hypomanie. Plus de 35 millions de tablettes de pervitine ont été distribuées aux soldats allemands. Dans son documentaire sur la guerre pharmaceutique, Sönke el Bitar souligne que la société moderne avide de plaisirs et de performance a massivement recours aux drogues similaires à la pervitine, comme si l'hypomanie représentait une sorte d'idéal de l'adaptation au monde moderne.

EXERCICE 5.2 | Les troubles dépressifs et bipolaires

1. Quel trouble comporte un épisode dépressif, mais pas d'épisode maniaque ni hypomaniaque ?
2. Quel trouble comporte un épisode maniaque ?
3. Comment nomme-t-on une humeur dépressive qui n'est pas assez grave pour causer une incapacité ?
4. Comment nomme-t-on un épisode maniaque qui ne cause pas une incapacité ?

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

5.1.8 La dépression et l'anxiété

Les troubles dépressifs et bipolaires (la dépression en particulier) sont si fréquents qu'ils apparaissent souvent de façon concomitante à d'autres troubles de santé mentale. Il est aussi parfois difficile de distinguer la dépression d'autres symptômes.

Un état émotif voisin de la dépression est l'anxiété (Pelissolo, 2010). Toutes deux ont en commun des symptômes physiques et cognitifs: la perturbation du sommeil, le manque de concentration et le manque d'estime de soi. Cependant, l'anxiété tend à causer de la fiébrilité et de l'agitation, alors que la dépression crée souvent un ralentissement moteur et cognitif (bien qu'elle entraîne aussi parfois de l'agitation).

Les dépressifs et les anxieux se font du souci, mais seuls les dépressifs présentent la caractéristique de ruminer leurs idées noires (Briffault, 2010). Ruminer consiste à se répéter intérieurement une idée déprimante. Les **ruminations** ressemblent aux obsessions: toutes deux sont des idées récurrentes qui accaparent la vie mentale. Cependant, les obsessions sont des pensées intrusives dont les obsessifs voudraient se débarrasser. Les ruminations, au contraire, sont des idées noires que les dépressifs entretiennent et auxquelles ils consacrent délibérément beaucoup de leur attention. Par exemple, un homme peut ruminer les raisons pour lesquelles sa conjointe l'a quitté; il peut se déprécier et assombrir sa perception du monde et des relations amoureuses à partir de ces idées déprimantes.

Pour mieux saisir la distinction entre l'anxiété et la dépression, on pourrait dire que l'anxiété est une peur diffuse incapacitante qui anticipe une perte, alors que la dépression est une tristesse incapacitante qui survient en réaction à une perte. L'anxiété pourrait préparer la dépression, mais toutes les anxiétés ne se transforment pas en dépression. Les personnes atteintes d'un trouble anxieux ne sont pas nécessairement déprimées. Par contre, l'anxiété tend à faire partie de la dépression, comme si l'expérience de la perte faisait anticiper d'autres pertes encore (Barlow, 2002). La peur ne vient donc pas nécessairement avec la tristesse mais, lorsque celle-ci est installée, la peur se perpétue et l'accompagne.

Ruminations

Idées noires que ressassent les dépressifs.

EN RELIEF**Faire la distinction entre l'obsession, l'anxiété et la rumination**

Voici des exemples permettant de faire la distinction entre obsessions, anxiété et ruminations.

Obsessions

- Une phrase absurde ou gênante nous revient tout le temps en tête ; on est incapable de s'empêcher d'y penser.
- L'idée de déclencher les extincteurs en arrivant au travail nous traverse l'esprit chaque jour ; on n'y cédera pas, mais on ne pourra s'empêcher d'y penser quotidiennement.
- En avion, on est persuadé que les turbulences en haute altitude annoncent une catastrophe aérienne.
- Lorsqu'on est convoqué chez le patron, on est convaincu que c'est pour se faire congédier.

Ruminations

- Après une rupture amoureuse, on pense sans fin aux circonstances qui ont pu la provoquer ; on se concentre sur les signes supposés de sa propre culpabilité ou encore sur ceux de sa propre absence d'attrait ou de valeur comme objet d'amour.

Anxiété

- En entrant au cinéma, on est certain qu'un incendie va se déclencher et causer une panique atroce.

5.1.9 Les troubles dépressifs à caractère saisonnier et avec début lors du post-partum

L'hiver et l'accouchement sont à l'origine de deux types spécifiques de troubles dépressifs majeurs : le **trouble dépressif à caractère saisonnier** et le **trouble dépressif avec début lors du post-partum**.

Dans l'hémisphère nord, certaines personnes vivent des épisodes dysthymiques ou dépressifs durant l'hiver (Delavest et Even, 2010). L'absence de lumière et le ralentissement des activités semblent causer de la détresse émotionnelle et déclencher une dépression (Rosenthal, 1998). En plus des affects déprimés et de l'abattement, les dépressions saisonnières s'accompagnent de symptômes physiologiques très présents. Durant les automnes et les hivers où elles sont déprimées, ces personnes dorment beaucoup plus ; elles mangent davantage et prennent du poids. Celles qui sont les plus susceptibles de vivre la dépression à caractère saisonnier présentent un trait de personnalité d'ouverture qui semble les rendre plus attentives et plus sensibles à leur milieu environnant.

En plus de la dépression hivernale, qui est un type de trouble unipolaire, il existe des troubles bipolaires qui suivent le cycle des saisons. Dans l'hémisphère nord, certaines personnes bipolaires vivent plutôt leurs épisodes maniaques durant le printemps et l'été, et leurs épisodes dépressifs durant l'automne et l'hiver.

Le trouble dépressif avec début lors du post-partum affecte, quant à lui, une partie des femmes qui viennent d'accoucher. En fait, jusqu'à 80 % des femmes éprouvent des réactions émotionnelles post-partum après l'accouchement, des réactions que l'on nomme souvent le *baby blues* (Lacombe, Dubé et De Montigny,

Trouble dépressif à caractère saisonnier

Type de dépression lié au régime de lumière et au cycle des saisons.

Trouble dépressif avec début lors du post-partum

Trouble de l'humeur plus ou moins marqué survenant chez des femmes à la suite d'un accouchement.



Le manque de lumière affecte les humeurs de plusieurs personnes, spécialement dans les pays où l'hiver est rigoureux.

2009). La perturbation des cycles hormonaux, les transformations du corps, la perte du contact symbiotique avec le fœtus, l'épuisement, l'arrivée brutale d'une responsabilité immense et le changement radical des rôles sociaux sont autant de facteurs qui peuvent expliquer les réactions post-partum (Spinelli, 1998). La majorité de ces réactions sont modérées et tendent à se résorber d'elles-mêmes. Le soutien des proches suffit à les atténuer.

Dans certains cas, cependant, le trouble dépressif avec début lors du post-partum présente le caractère d'un épisode dépressif majeur ou même

d'un trouble bipolaire: tristesse (parfois suivie rapidement d'euphorie), abattement, perte marquée de l'estime de soi, de la capacité de concentration, de l'appétit ou du sommeil. Les symptômes de la dépression post-partum ressemblent à ceux de toutes les dépressions. Un symptôme plus spécifique ne concerne cependant que la dépression post-partum: un sentiment marqué d'incompétence maternelle. Selon leur degré de gravité, les troubles post-partum peuvent affecter le développement du lien d'attachement entre la mère et son enfant. Dans les cas les plus graves, et rarissimes (1 à 3 cas sur 1000), les femmes atteintes de troubles post-partum perdent contact avec la réalité et sombrent dans le délire (Twomey, 2009). Elles s'imaginent, par exemple, que leur enfant est un démon ou un messie. Les personnes atteintes de cette forme de psychose post-partum doivent être hospitalisées. Dans un cas resté célèbre, une Torontoise en délire post-partum s'était précipitée sous les roues du métro avec son enfant (Réseau canadien pour la santé des femmes, 2012).

5.2 La prévalence des troubles dépressifs et bipolaires

Le manque de lumière est un facteur de dépression dans les climats gris et froids, mais d'abondantes données indiquent qu'on observe quand même des cas de dépression dans toutes les parties du monde, et que sa prévalence augmente. En tout, jusqu'à 20 % de la population serait atteinte, à des degrés divers, de dépression et d'autres troubles de l'humeur (Rouillon, 2010).

Le trouble le plus fréquent est la dépression majeure. Dans une étude menée en 2008 par Statistique Canada, pas moins de 7 % des répondants affirmaient en souffrir. Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (2010) indique que 17 % des femmes et 11 % des hommes souffriront d'au moins un épisode dépressif au cours de leur vie. En 2006, la Fondation pour la santé mentale

rapporte que 6 % des personnes de 12 ans et plus avaient souffert de dépression majeure au cours de l'année précédente.

La dépression affecte les deux sexes et touche tous les âges de la vie. On l'observe de l'enfance jusqu'à l'âge avancé. La dépression est cependant plus fréquente chez les jeunes adultes et les femmes, qui comptent près de deux fois plus de déprimés que les hommes (Briffault, 2010). Ces chiffres ne rendent cependant pas compte du fait que la dépression est largement sous-diagnostiquée chez les hommes à cause d'une réticence plus grande à solliciter du secours. D'ailleurs, les dépressifs qui se suicident sont à 80 % des hommes (Ogrodniczuk et Oliffe, 2011).

Les troubles bipolaires sont beaucoup moins fréquents. Ils affecteraient seulement 1 % de la population (Rouillon, 2010).

La dépression et la bipolarité sont parfois associées au cycle de vie. En effet, on sait que la dépression est en partie liée aux déceptions de la vie. Or, l'expérience de vie commence à se construire dès la première relation que l'enfant construit avec sa mère. Cette relation peut comporter des déceptions ou favoriser la transmission d'humeurs dépressives de la mère à l'enfant. Elle peut donc servir de cadre à l'éclosion précoce de prédispositions dépressives. Quoi qu'il en soit, on observe des attitudes de type dépressif dès les premiers mois de la vie : expressions tristes, indifférence aux stimulations, lenteur et manque d'énergie (Delion et Apter, 2010).

La dépression chez les enfants est souvent sous-diagnostiquée. Les symptômes d'irritabilité conduisent facilement à des diagnostics qui ne rendent pas compte du caractère dépressif de l'épisode vécu par un enfant. Contrairement à la dépression chez les adultes, la dépression des enfants affecte autant les garçons que les filles (Egler et Baleyte, 2010). Les enfants déprimés tendent à être agressifs, surtout les garçons.

Autant la dépression est rare chez les enfants, autant elle devient fréquente chez les adolescents, puis chez les jeunes adultes (Catry et Marcelli, 2010). Le groupe d'âge où on observe le plus la dépression est celui des 15-25 ans (Rouillon, 2010).

Quant à la bipolarité, des études signalent des cas d'enfants n'ayant que quatre ans. En plus de l'irritabilité, les enfants peuvent manifester de brusques changements d'humeur. Mais la bipolarité reste très rarement diagnostiquée chez ceux-ci. Cela peut s'expliquer en partie parce qu'elle peut facilement être confondue avec les troubles des conduites ou avec l'hyperactivité, très fréquente chez les enfants et dont plusieurs symptômes ressemblent à ceux de la manie.

La dépression peut aussi apparaître chez des personnes âgées (Camus, 2010). En plus du noyau de symptômes communs à toutes les dépressions (tristesse, abattement, pessimisme), la dépression tardive présente des symptômes particuliers : de l'agitation, de la difficulté à dormir et de l'hypocondrie. La dépression chez les personnes âgées est souvent confondue avec la démence. En fait, l'apparition des premiers symptômes de démence peut rendre une personne âgée dépressive. D'autres réalités liées au vieillissement favorisent

la dépression, tels l'isolement social et la perte de la force physique. On note à cet égard un cercle vicieux : l'isolement social et l'affaiblissement dépriment les personnes âgées ; la dépression entraîne un repli sur soi, ce qui renforce l'isolement social et l'affaiblissement. Contrairement aux tranches d'âge plus jeunes, chez les personnes âgées, les dépressions affectent davantage d'hommes que de femmes. On notera à cet égard que les femmes vivent généralement plus longtemps et en meilleure santé que les hommes. Tout se passe comme si le vieillissement était plus difficile à vivre pour les hommes (Camus, 2010).

EXERCICE 5.3 | La prévalence des troubles dépressifs et bipolaires

Vrai ou faux ?

1. Généralement, les femmes sont plus sujettes à la dépression que les hommes.
2. Les enfants ne peuvent pas vivre de dépression.
3. La prévalence de la dépression est surtout élevée dans les pays d'Europe où il fait gris.
4. La bipolarité est beaucoup moins fréquente que la dépression.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

5.3 Les facteurs de risque liés aux troubles dépressifs et bipolaires

Les troubles dépressifs et bipolaires ne sont pas comme une grippe causée par un facteur déterminant unique, un virus, déjouant le système immunitaire d'une personne pour l'infecter. En effet, dans les troubles dépressifs et les troubles bipolaires, plusieurs facteurs en interaction participent à l'étiologie, mais aucun d'eux n'est déterminant (Robbins, 2009). Par exemple, on peut vivre des circonstances de vie déprimantes sans nécessairement devenir dépressif. Qui plus est, la combinaison des facteurs entrant en ligne de compte varie dans chaque cas. La dépression est comme une sorte de fièvre émotive, un signal psychique qui indique que les capacités d'une personne sont débordées. Or, les capacités de résistance et la fragilité varient d'une personne à l'autre. Ainsi, à malheur égal, tous ne deviennent pas dépressifs. Les personnes qu'on dit « résilientes » ont une plus grande résistance aux malheurs. D'autres personnes, au contraire, sont plus susceptibles de souffrir de troubles de l'humeur. Ces variations du degré de résistance sont en partie biologiques, en partie psychologiques et en partie liées au milieu social. Des données indiquent que, chez les dépressifs, le système neurologique réagit fortement au stress. Il est toutefois possible que cette caractéristique neurologique ne soit pas propre aux dépressifs, et qu'elle soit aggravée par la dépression (Thase, 2009). Les troubles dépressifs sont aussi associés à des manières défaitistes d'interpréter la réalité, qui peuvent affaiblir la personne aux prises avec le malheur (Beck, 1976).

Les facteurs de vulnérabilité aux troubles dépressifs et bipolaires se classent en trois catégories: les **facteurs prédisposants**, les **facteurs précipitants** et les **facteurs de maintien** (voir la figure 5.2). Les facteurs prédisposants sont des caractéristiques biologiques et psychosociales qui augmentent la fragilité d'une personne à l'égard des autres facteurs des troubles dépressifs et bipolaires. Les facteurs précipitants (déclencheurs) sont essentiellement des circonstances de vie éprouvantes, les malheurs et les pertes insurmontables qui sont propres à provoquer un épisode de dépression ou de manie. Pour leur part, les facteurs de maintien sont surtout les systèmes de croyances qui favorisent et font perdurer les humeurs troublées. Signalons qu'il existe considérablement plus de données sur les facteurs de la dépression que sur les facteurs de la manie.

Facteur prédisposants

Caractéristique biologique et psychosociale qui fragilise la personne à l'égard des troubles dépressifs et bipolaires.

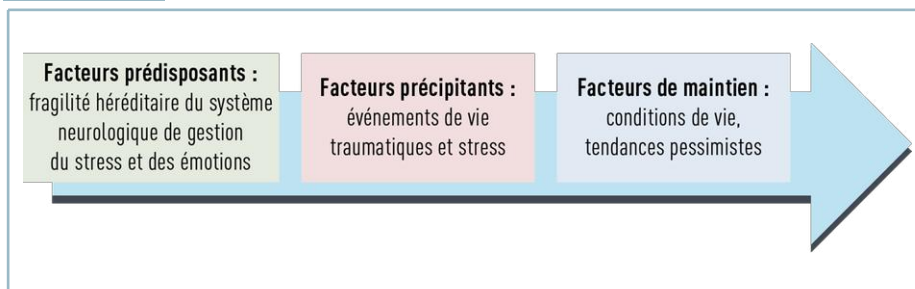
Facteur précipitant

Circonstance de vie qui peut entraîner des troubles dépressifs et bipolaires.

Facteur de maintien

Ensemble d'éléments, comme la cognition négative, défaitiste et pessimiste ou isolement social qui maintiennent les troubles dépressifs et bipolaires, particulièrement la dépression.

Figure 5.2 Les facteurs des troubles dépressifs et bipolaires



5.3.1 Les facteurs prédisposants liés aux troubles dépressifs et bipolaires

Les facteurs prédisposants sont l'ensemble des caractéristiques qui rendent une personne moins résistante et qui accroissent le risque de souffrir des troubles dépressifs et bipolaires. Une partie de ces facteurs sont biologiques, d'autres sont psychologiques et d'autres encore sont liés au contexte social.

Les facteurs biologiques incluent des prédispositions génétiques aux troubles dépressifs et bipolaires (Levinson, 2009). Les dépressifs, en particulier, présentent fréquemment des antécédents familiaux de dépression. Il est cependant difficile de déterminer si la transmission dépend directement des gènes, ou si on « apprend » la dépression par le climat familial. En effet, la plus grande prévalence des troubles dépressifs et bipolaires dans certaines familles peut s'expliquer autant par l'éducation que par la génétique (Hammen, 2009).

Des études portant sur des jumeaux vrais séparés à la naissance complètent les études menées auprès des familles. Les jumeaux vrais ont un patrimoine génétique identique, mais ils sont exposés à des milieux différents s'ils sont séparés à la naissance pour être, par exemple, élevés par des parents adoptifs. L'étude de ces jumeaux indique que la probabilité est plus grande d'observer des troubles dépressifs et bipolaires chez des personnes partageant le même code génétique, mais que la génétique n'explique pas entièrement ces troubles (Kendler *et al.*, 2006). Les facteurs génétiques joueraient un plus grand rôle dans les formes les plus graves des troubles dépressifs et bipolaires, surtout dans les cas de manie. L'origine génétique serait plus importante pour

les dépressions affectant les femmes que pour celles des hommes. Selon les connaissances actuelles, on estime que de 35 à 40 % de l'origine des troubles de l'humeur serait liée à des prédispositions génétiques (Robbins, 2009).

Par ailleurs, le fonctionnement du cerveau de la plupart des personnes atteintes de troubles dépressifs et bipolaires présente des caractéristiques particulières mises en évidence par les techniques de neuro-imagerie. Ces caractéristiques sont peut-être innées et elles seraient alors le signe d'une fragilité structurelle sur le plan de la régulation des émotions. Cependant, ces caractéristiques neurologiques sont peut-être au contraire causées par les troubles et pourraient alors figurer parmi les facteurs de maintien des troubles.

Sérotonine

Neurotransmetteur qui joue un rôle dans la régulation des émotions.

Cortisol

Hormone impliquée dans la réponse au stress.

Noradrénaline

Substance chimique intervenant dans l'activation du corps en cas de stress.

La première de ces caractéristiques neurologiques des personnes atteintes de troubles dépressifs et bipolaires est une mauvaise régulation de trois substances chimiques : la sérotonine, le cortisol et la noradrénaline (Robbins, 2009; Thase, 2009). On observe d'abord chez beaucoup de dépressifs et de bipolaires de faibles niveaux de **sérotonine**, un neurotransmetteur associé à la régulation émotive. Un déficit en sérotonine est lié à des comportements impulsifs et à des changements d'humeur. Les faibles niveaux de sérotonine affectent aussi l'équilibre entre les neurotransmetteurs dans le système nerveux. Les deux autres substances associées aux troubles dépressifs et bipolaires sont des hormones de stress. On note chez 60 % des dépressifs la présence de niveaux élevés de **cortisol**, l'hormone du stress. Les personnes qui vivent des conditions de vie difficiles ou traumatiques sont susceptibles de produire davantage de cortisol, mais il se peut que les dépressifs soient moins aptes à l'évacuer. L'autre substance chimique dont la régulation semble problématique chez les personnes atteintes de troubles dépressifs et bipolaires est la **noradrénaline**, qui agit comme neurotransmetteur et comme hormone responsable de l'activation du système nerveux autonome en situation d'urgence, de manière à mobiliser le corps pour la lutte ou la fuite. On notera cependant que cette mauvaise régulation biochimique n'est pas observée chez tous les dépressifs ni chez tous les bipolaires (Thase, 2009).

Les troubles dépressifs et bipolaires pourraient aussi être liés à des déficits affectant la gestion des fonctions du corps par l'horloge biologique (Rosenthal, 1998; Thase, 2009), laquelle est régulée par la sérotonine, qui présente des anomalies chez les dépressifs et les bipolaires. Or, les cycles du sommeil présentent des particularités chez les dépressifs. Ces derniers passent au sommeil paradoxal plus rapidement que les autres dormeurs. Ils rêvent davantage et leurs périodes de sommeil lent (ou profond) sont plus courtes que la moyenne des gens. On a d'ailleurs fait la découverte contre-intuitive que la privation de sommeil peut améliorer l'état de certains dépressifs. Les variations de l'intensité lumineuse permettent d'ajuster plusieurs aspects de la régulation biologique. Ainsi, les personnes prédisposées aux troubles dépressifs et bipolaires seraient plus sensibles aux variations lumineuses (Rosenthal, 1998).

Plusieurs facteurs prédisposants psychologiques sont par ailleurs liés aux troubles dépressifs et bipolaires. Certains traits de personnalité, par exemple le perfectionnisme et l'idéalisme, favorisent la dépression et la bipolarité, car la personne se trouve exposée aux frustrations, aux déceptions et aux blessures à l'estime de soi (Briffault, 2010). Quant aux habitudes de vie pouvant favoriser

les troubles de l'humeur, on peut citer la consommation d'alcool et de drogues. Ces substances sont parfois utilisées comme stabilisateurs de l'humeur, pour se consoler ou pour se remonter. Or, elles fragilisent la personne et la rendent moins apte à gérer ses émotions. Par exemple, l'alcool, que l'on consomme volontiers comme remontant ou pour noyer sa peine, est un dépresseur du système nerveux. D'ailleurs, l'alcoolisme présente plusieurs traits communs avec la dépression : l'abattement, la démission à l'égard de la vie et la baisse de l'estime de soi.

Les facteurs sociaux prédisposants aux troubles dépressifs et bipolaires relèvent principalement de l'insuffisance du réseau de soutien et de l'isolement social. Ces facteurs augmentent la vulnérabilité des personnes notamment lorsqu'elles vivent des événements déprimants.

5.3.2 Les facteurs précipitants liés aux troubles dépressifs et bipolaires

Certaines circonstances de la vie constituent des facteurs précipitants pour les troubles dépressifs et bipolaires. Parmi celles-ci, l'expérience d'une perte traumatique ou un stress constant peuvent miner les capacités de résistance d'une personne. Ces deux séries de facteurs précipitants agissent souvent de concert.

On observe des événements de vie traumatiques dans l'historique de la plupart des dépressions (Kessler, 1997), par exemple, la perte d'un être cher. La tristesse des deuils peut dégénérer en dépression. Les deuils d'enfants sont considérés comme les plus difficiles à guérir. D'autres types de pertes peuvent être aussi difficiles à résoudre que les décès. C'est le cas des ruptures amoureuses, associées à une plus grande probabilité de souffrir de dépression que la plupart des deuils (Bruce et Kim, 1992). Comme la mort a un caractère inéluctable, elle pousse parfois à adopter une attitude d'acceptation moins déprimante que les rancœurs, les regrets et les autres ruminations qui suivent souvent une rupture amoureuse. Qui plus est, dans une rupture amoureuse, on se blâme parfois de l'échec, une autre attitude propice à la dépression.



Des épreuves accablantes peuvent mener à l'abattement, au découragement et à la passivité. L'impuissance apprise est le fait de se résigner à cet état de fait en abandonnant le désir de le changer.

Le contexte dans lequel survient un événement de vie traumatisant fait considérablement varier les répercussions sur la santé mentale (Brown, 1989). Par exemple, perdre son emploi alors qu'on dispose de ressources pour survivre est moins grave que perdre son emploi si on se sait sans moyens et sans perspectives d'avenir. Une personne isolée et sans soutien social vivant un deuil ou une rupture amoureuse souffrira davantage qu'une personne bénéficiant de la consolation de proches.

Les événements traumatisants majeurs peuvent affecter la résistance psychologique à long terme (Monroe, Slavich et Georgiades, 2009). La victimisation sexuelle est particulièrement dommageable, surtout si elle survient en bas âge (Monroe, 2010). Le sentiment d'avoir été trahi peut se généraliser et aller jusqu'à nuire à toutes les relations. Les personnes ayant subi des sévices perdent souvent durablement la capacité à faire confiance à autrui et donc à se constituer un réseau de soutien social. Sans un tel réseau, ces personnes sont privées d'un facteur de résistance important. Les abus sexuels sont également souvent accompagnés d'un sentiment de culpabilité dommageable pour l'estime de soi.

Certaines circonstances psychosociales entraînent un stress à long terme (Monroe, 2010). Des relations de couple violentes ont souvent des effets déprimants assez similaires à ceux d'abus sexuels. Les victimes de conjoints violents composent quotidiennement avec le stress de la peur. La pauvreté est une autre condition de vie stressante pouvant être propice à la dépression, surtout si les soucis matériels quotidiens sont vécus dans l'isolement social et dans un contexte de manque de perspectives d'avenir. Un autre cas notable de conditions de vie potentiellement déprimantes est l'aliénation socioculturelle, c'est-à-dire le fait de vivre dans un milieu marginalisé dont les valeurs culturelles sont dévalorisées, comme ce peut être le cas, par exemple, dans des camps de réfugiés. Au Canada, les réserves autochtones présentent souvent des conditions de pauvreté et de marginalisation. Les taux de suicide y sont d'ailleurs considérablement plus élevés que dans tout autre milieu au Canada (Kirmayer, Bass et Tait, 2001). Les immigrants récents vivent parfois, eux aussi, une perte de repères, de la pauvreté et de l'isolement social favorables à la dépression (Ali, 2002).

Un cruel cercle vicieux fait que les personnes prédisposées à la dépression sont plus susceptibles de s'exposer à certaines conditions de vie déprimantes. La faible estime de soi, par exemple, peut conduire à s'engager dans des relations interpersonnelles frustrantes ou dommageables. Les dépressifs sont aussi moins bien pourvus que d'autres pour s'entourer du soutien social dont ils ont particulièrement besoin.

Impuissance apprise
Acceptation démoralisée
de conditions de vie accablantes.

Des événements de vie traumatiques et du stress peuvent conduire à une attitude de résignation et d'abattement. Seligman (1975) a proposé les termes **impuissance apprise** (ou impuissance acquise) pour décrire l'attitude de résignation qu'il a expérimentée chez des rats et des chiens. Ces rats et ces chiens recevaient, à intervalles irréguliers, des électrochocs très douloureux. Certains de ces animaux pouvaient éviter le choc ou le faire cesser en appuyant sur des leviers. Ces rats et ces chiens continuaient à fonctionner normalement. D'autres rats et d'autres chiens n'avaient aucun moyen d'éviter les chocs, qui survenaient de manière imprévisible. Ces animaux montraient des comportements que Seligman considérait comme l'équivalent animalier de la dépression. Ils cessaient toute lutte, se couchaient au fond de leur cage, ne s'alimentaient plus et supportaient passivement les électrochocs. En adaptant ces observations aux êtres humains, on pourrait considérer les circonstances de vie traumatiques comme l'équivalent des électrochocs. Les personnes déprimées tendent à intégrer l'attitude de résignation dans leur manière d'interpréter le monde : elles ne s'attribuent aucun pouvoir pour changer leur situation de vie intolérable (Heyman, Dweek et Cain, 1992).

5.3.3 Les facteurs de maintien liés aux troubles dépressifs et bipolaires

Une fois que les circonstances de la vie ont miné les fragilités innées, la dépression tend à perdurer sous la forme d'une mentalité dépressive faite d'interprétations négatives et de croyances pessimistes (Monroe, 2010). L'ensemble de ces cognitions négatives forme les principaux facteurs de maintien de la dépression.

C'est Aaron Beck qui a proposé, en 1976, l'analyse de la mentalité dépressive la plus citée. Beck nomme **triade dépressive** un ensemble de généralisations et de croyances qui sont plus ou moins conscientes et profondément ancrées chez les dépressifs. Celles-ci concernent la perception de soi, la perception de l'avenir et la perception du monde (voir la figure 5.3). La perception de soi des dépressifs est négative (« Je ne vauds rien »), ils voient le monde comme un milieu injuste et hostile, et leur perception de l'avenir est pessimiste.

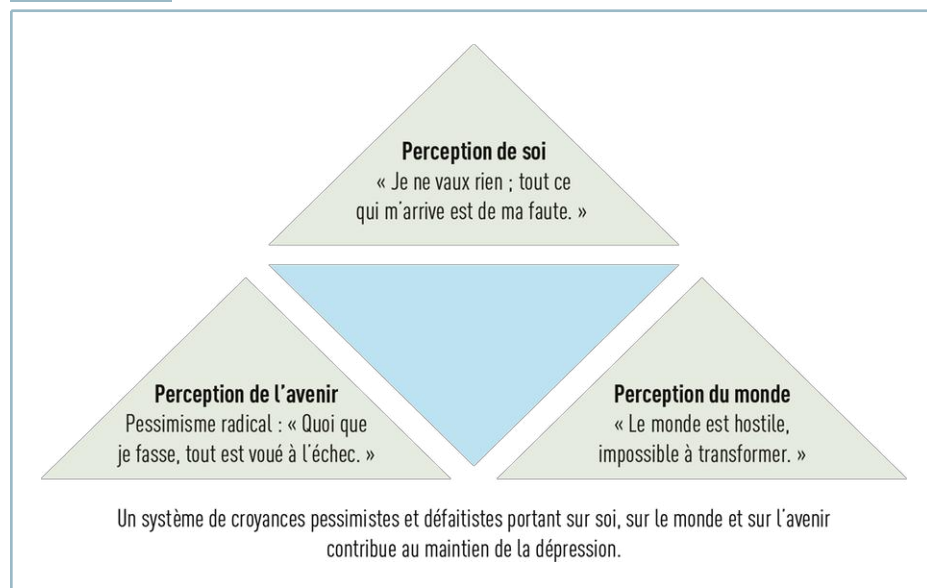
Ces perceptions déterminent leur interprétation des événements et entretiennent la dépression. Par exemple, un jeune dépressif qui échoue aux auditions à l'école de théâtre peut interpréter son échec comme une preuve de son manque de talent et d'attrait personnel. L'éducation, les mythes véhiculés dans le milieu culturel et les expériences négatives, surtout celles vécues dans l'enfance, peuvent conduire à construire la triade dépressive. Une chanteuse qui se fait dire enfant que les filles de la Basse-ville ne sont pas assez comme il faut pour faire des carrières sérieuses pourrait, par exemple, croire à ce mythe dommageable et l'intégrer.

Le noyau dur de la triade dépressive est la faible estime de soi. Les dépressifs détestent souvent des traits de leur propre caractère (Brinker *et al.*, 2006). L'évaluation défavorable de traits de son propre caractère est déprimante si on accorde à ces traits une grande importance. Deux types d'évaluation de soi

Triade dépressive

Système de croyances qui caractérisent la vision du monde et qui incluent une estime de soi dépréciée, de même qu'un pessimisme concernant l'avenir et l'état du monde.

Figure 5.3 La triade dépressive



négative peuvent déprécier l'image de soi: croire qu'il nous manque un trait de caractère désirable, ou croire qu'on possède un trait de caractère détestable. Dans le premier cas, on peut, par exemple, se sentir dévalorisé parce qu'on trouve qu'on manque de courage, de générosité ou de talent. Dans le second cas, on se méprise, par exemple, pour sa lâcheté, pour sa faiblesse, pour sa phobie des araignées ou pour son alcoolisme. La valeur accordée aux traits positifs ou négatifs est en partie transmise par l'environnement culturel. Les gens dépressifs s'identifient à des jugements de valeur qu'ils perçoivent dans leur milieu, et ils les appliquent impitoyablement à leur propre personne. Si on vit, par exemple, dans un milieu qui valorise les habiletés du chasseur, un jeune peut se détester s'il ne réussit jamais à attraper un animal. Dans un autre milieu, un jeune peut se détester s'il n'obtient pas les résultats souhaités ou s'il ne peut poursuivre ses études postsecondaires ou n'arrive pas à performer dans son sport comme il l'aurait souhaité.

La triade dépressive contribue à aggraver les répercussions des événements traumatiques de la vie à travers les attributions causales que les personnes trouvent au sujet de ces événements (Barlow, 2002). Les attributions causales sont des explications qu'on se construit pour essayer de comprendre la cause des événements. Elles comportent trois dimensions: le lieu de contrôle (la personne responsable de ce qui se produit), le degré de stabilité (la nature passagère ou permanente des circonstances ayant mené à l'événement traumatisant) et le degré de contrôle qu'on croit pouvoir exercer sur les événements. En accord avec la triade dépressive, l'interprétation dépressive des événements consiste à s'expliquer ses malheurs en croyant qu'on en est responsable (attribution interne), que rien ne peut changer (attribution stable pessimiste) et que, peu importe nos efforts, il est impossible d'atteindre le succès (absence de contrôle dans un monde hostile). Devant un échec professionnel, par exemple, l'attitude dépressive sera de l'attribuer à sa propre incompétence, à sa propre absence de talent ainsi qu'à la malveillance inévitable et compréhensible des coéquipiers.

Des chercheurs ont vérifié si le pessimisme des dépressifs était causé par leur humeur perturbée ou si, au contraire, le pessimisme était une des racines de la dépression. Tout indique que le style cognitif dépressif reste

EXERCICE 5.4 | La dépression

Vrai ou faux ?

1. Les niveaux de sérotonine des dépressifs sont toujours altérés.
2. L'interprétation qu'on se fait des événements peut accentuer ou atténuer leurs répercussions sur nos humeurs.
3. La dépression est associée à une vision optimiste du monde.
4. Les deuils sont toujours suivis d'une dépression.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

stable, même durant les périodes où les dépressifs surmontent leur tristesse (Joorman, 2009). Lorsqu'elles sont établies, les croyances qui constituent la triade dépressive forment un noyau rigide et persistant. Ce noyau de croyances agit de manière souterraine et maintient la vulnérabilité à la dépression. Les croyances modèlent les attitudes dans la vie quotidienne, notamment dans les relations interpersonnelles. L'attente de rejet, par exemple, ou la certitude de ne pas valoir la peine qu'on s'intéresse à soi peuvent déterminer l'évitement de relations gratifiantes, voire compromettre des succès qui auraient pu renforcer l'estime de soi. Les événements malheureux ou les blessures dans les relations interpersonnelles activent et valident les croyances pessimistes. Ainsi, il en est de la triade dépressive comme de tous les systèmes de croyances : on retient plus facilement l'information qui les confirme que l'information qui pourrait les réfuter. Un dépressif se souvient mieux du rejet et minimise volontiers l'affection qu'il reçoit. Il peut ne pas croire les compliments, mais retenir les insultes et en faire un thème de ses ruminations.

5.4 Les traitements des troubles dépressifs et bipolaires

Les traitements et les thérapies concernant les troubles dépressifs et bipolaires visent d'abord à atténuer les dommages de chaque épisode et à prévenir leur répétition (Monroe, 2010). Des approches thérapeutiques favorisent aussi le renforcement des résistances à long terme. L'arsenal thérapeutique comporte des armes contre les facteurs de vulnérabilité biologiques, psychologiques et sociaux des troubles dépressifs et bipolaires.

5.4.1 Les thérapies biologiques

Il existe une panoplie d'**antidépresseurs**, c'est-à-dire de traitements pharmacologiques contre la dépression.

Les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** agissent sur la sérotonine en bloquant la recapture du neurotransmetteur, ce qui a comme effet d'augmenter la présence de ce dernier dans la synapse. Les médecins ont maintenant plusieurs molécules semblables à leur disposition et peuvent choisir celle qui leur paraît la plus appropriée pour chaque patient. Les principaux effets indésirables associés aux ISRS sont une baisse de la libido, un manque d'énergie et parfois une prise de poids. Des nausées et de l'agitation peuvent aussi être présentes lors des premières semaines de traitement, mais s'estompent ensuite. Le plus grand inconvénient de ces médicaments et de l'ensemble des antidépresseurs demeure le temps qu'il leur faut pour atteindre leur pleine efficacité. En effet, une période d'un ou deux mois est souvent nécessaire pour qu'ils soient pleinement efficaces. Au Québec, les ISRS sont considérés comme des médicaments de première ligne. Quand les ISRS ne suffisent pas à améliorer un état dépressif, il est possible de prescrire

Antidépresseur

Classe de médicaments utilisés pour traiter la dépression.

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Type le plus courant d'antidépresseurs. Ils agissent sur la sérotonine. L'ISRS le plus connu est le Prozac^{MD}.

des médicaments supplémentaires pour augmenter l'effet des ISRS (Iskandar, 2012). On dit de ces médicaments de deuxième ligne qu'ils ont pour effet de potentialiser les ISRS. Les médicaments de deuxième ligne sont principalement des IRSN : des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

Advenant l'inefficacité des ISRS ou des IRSN, il est possible d'avoir recours à une autre classe de médicaments, les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO). Ces médicaments présentent cependant l'inconvénient d'imposer plus de contraintes aux patients qui les utilisent, en raison d'incompatibilités avec d'autres médicaments communs. Ils peuvent même être mortels s'ils sont consommés avec des médicaments courants contre le rhume. Des aliments et des boissons comme le fromage, le vin et la bière sont également contre-indiqués si on consomme des IMAO (Endler, 1990). Au Québec, les IMAO ne sont plus utilisés qu'en dernière ligne contre les dépressions atypiques (Iskandar, 2012).

Enfin, les tricycliques constituent la plus ancienne des familles d'antidépresseurs. Leur usage s'est raréfié à cause de leurs effets indésirables.

Malgré les progrès considérables accomplis dans la mise au point des antidépresseurs, leurs résultats restent mitigés. Ces substances réduisent la majorité des souffrances, mais elles ne guérissent pas la dépression. En plus, un tiers des personnes dépressives n'y répond tout simplement pas. Parmi les patients qui répondent peu à ces médicaments, on compte beaucoup d'enfants. Des produits naturels sont également proposés comme solution de rechange aux médicaments pour traiter la dépression, mais on privilégie surtout les thérapies psychologiques comme traitements non pharmacologiques de la dépression.

Le traitement pharmacologique des troubles bipolaires dépend de la phase de la maladie dans laquelle le patient se trouve. Lors des phases maniaques, les sels de lithium, certains neuroleptiques atypiques (Seroquel^{MD}, Zyprexa^{MD}) et certains anticonvulsivants (médicaments utilisés contre l'épilepsie) sont habituellement utilisés pour calmer les symptômes de la manie. Pour les phases dépressives de la maladie, un anticonvulsivant particulier (Lamictal^{MD}) est généralement utilisé pour sortir le patient de son état dépressif. Finalement, pour garder un patient stable, on utilise une combinaison des médicaments semblable à celle utilisée pour traiter les phases maniaques. L'objectif est de minimiser le plus possible les effets indésirables tout en conservant l'efficacité stabilisatrice des médicaments. Bien que le mécanisme d'action exact de ces médicaments sur le cerveau soit encore discuté (et différent d'une classe à l'autre), il est avéré que ces médicaments stabilisent l'influx nerveux des voies limbiques se dirigeant vers le cortex préfrontal (ventromedian).

La consommation à long terme du lithium à titre préventif exige une grande discipline de la part des patients. Elle les oblige en effet à considérer leur trouble de l'humeur comme une maladie chronique traitable. La tentation peut être forte de négliger le traitement, d'autant plus qu'un épisode maniaque est vécu comme une expérience agréable pour plusieurs d'entre eux.

5.4.2 La sismothérapie

La **sismothérapie** (ou électroconvulsivothérapie [ECT]) est plus souvent désignée sous son ancien nom : les électrochocs. Il s'agit d'un traitement controversé consistant à administrer, au patient sous anesthésie, des électrochocs sur la boîte crânienne. Ces chocs causent des crises d'épilepsie contrôlées. Les électrochocs sont utilisés pour traiter des cas graves de dépression pour lesquels aucun autre traitement n'a fonctionné. Ils sont également utilisés avec des personnes présentant un risque suicidaire élevé. Leur efficacité est démontrée, même si on s'explique encore mal leur mode d'action. Les électrochocs semblent causer une réactivation de l'activité neuronale. Il est possible qu'ils causent même des changements structuraux dans la biochimie de l'activité du cerveau (Endler, 1990). Ils entraînent aussi des effets indésirables en particulier des pertes de mémoire temporaires et de la léthargie.

Sismothérapie

Thérapie de dernier recours qui consiste à administrer des décharges électriques au patient sous anesthésie.

5.4.3 Les thérapies psychologiques

Parmi les thérapies psychologiques, les thérapies cognitives s'attachent à retracer les idées irrationnelles de la triade dépressive qui maintiennent les émotions négatives (Beck, 1976 ; Hollon et Dimidjian, 2009). Les patients sont encouragés, par exemple, à noter la manière dont ils interprètent les événements de leur vie. Ils peuvent ainsi prendre conscience de leurs schémas de pensée négatifs. Pour les aider à réfuter ces schémas, les thérapeutes peuvent inviter leurs patients dépressifs à générer des prédictions à partir de leurs conceptions négatives, puis à vérifier ces prédictions. Par exemple, une personne peut ruminer le déroulement du temps des Fêtes et anticiper des conflits avec sa belle-famille. Les dépressifs peuvent en effet gâcher d'avance des événements potentiellement heureux ou même s'empêcher de les vivre à cause de telles ruminations. Ils tendent aussi à ne considérer que les déceptions et les conflits, qui viennent conforter leurs prédictions négatives, et à négliger les expériences plaisantes. Ainsi, une personne dépressive peut bouder les célébrations du temps des Fêtes et se priver de chaleur humaine en concentrant son attention sur des conflits avec des membres de sa famille. Pire, les prédictions défaitistes peuvent agir comme une prophétie autoréalisante (*self-fulfilling prophecy*) : des conflits peuvent survenir parce qu'une personne déprimée les attend et les facilite par son attitude.

Émettre des prédictions optimistes permet de conduire à une perception plus nuancée et aussi à une implication plus satisfaisante dans les activités quotidiennes. Une personne dépressive qui appréhende le temps des Fêtes peut, par exemple, prédire qu'elle aura l'occasion de rencontrer ses grands-parents qu'elle souhaite voir et se concentrer sur ce projet. Les prédictions réalistes favorisent l'estime de soi et induisent un sentiment de contrôle sur les événements. Les thérapies cognitives semblent particulièrement efficaces pour prévenir les épisodes dépressifs en améliorant la mentalité dépressive à long terme (Joorman, 2009).

Les thérapies behavioristes par activation comportementale s'attachent pour leur part à « réactiver » les dépressifs, c'est-à-dire à les remettre en activité. L'abattement dépressif conduit à une vie qui manque de mouvement, de succès

gratifiants, de distractions et d'interactions sociales. Cet appauvrissement de la vie favorise ensuite le maintien de la dépression. L'activation comportementale favorise aussi la redécouverte des centres d'intérêt négligés.

Depuis quelques années, on combine aussi les thérapies cognitives et les thérapies par activation comportementale pour constituer des thérapies basées sur la méditation pleine conscience. Ces thérapies cognitives comportementales dites de la troisième vague sont inspirées de pratiques bouddhistes. Elles visent à concentrer l'attention des personnes qui méditent sur le moment présent plutôt que sur les cognitions dépressives (Soucy-Chartier, Blanchet et Provencher, 2013).

Les troubles de l'humeur peuvent être suffisamment incapacitants pour que l'autonomie d'une personne soit atteinte. L'abattement extrême, lors d'une dépression, peut conduire à une sorte de démission. Les dépressifs peuvent cesser de travailler, de se nourrir, de se laver, de sortir de leur lit et même succomber à des idées suicidaires. La manie extrême peut conduire, pour sa part, à des comportements irresponsables nécessitant une surveillance. Dans ces deux cas, l'hospitalisation, c'est-à-dire la prise en charge par le milieu psychiatrique, est nécessaire. L'hôpital fournit la surveillance, l'encadrement, et il offre l'accès à toute une gamme de traitements. Le milieu hospitalier présente cependant des inconvénients majeurs. D'abord, son caractère quasi carcéral, surtout dans le cas de cures fermées, en fait un milieu potentiellement déshumanisant : portes barrées, moyens de contention, salles d'isolement. Par ailleurs, sortir du milieu hospitalier peut représenter un traumatisme pour les personnes hospitalisées, et entraîner chez elles un isolement social.

EN RELIEF

La chanteuse Alys Robi

Alys Robi (1923-2011) était la Céline Dion des années 1940. Découverte par le monde du spectacle alors qu'elle chantait pour des galas de lutte dans la basse-ville de Québec, elle a connu, en quelques années, une ascension fulgurante. Toujours en tournée, elle menait une vie fatigante et, malgré les apparences, solitaire. En 1948, à 25 ans, elle s'est installée à Los Angeles pour ajouter un volet cinématographique à sa carrière, mais elle se sentait déjà à bout de souffle : la tristesse commençait à la happer. Finalement, un grave accident de la route survenu à Las Vegas a eu raison de ses dernières forces. C'est alors qu'a commencé pour la vedette ce qu'elle décrit dans ses mémoires comme étant une « descente aux enfers ». Alys Robi a été internée cinq ans à l'asile Saint-Michel-Archange (l'actuel Institut universitaire en santé mentale de Québec) et y a subi, contre son gré, des électrochocs sans anesthésie, qu'elle décrit comme de véritables séances de torture, administrés avec la plus

grande brutalité à des patientes déshumanisées et terrorisées. Ces traitements n'ayant amélioré que minimalement son état, Alys Robi a subi aussi une lobotomie, c'est-à-dire une section chirurgicale des lobes de son cerveau, que l'on pratiquait alors sur des patients bipolaires présentant des symptômes graves. Comme c'était couramment le cas à l'époque, elle était déresponsabilisée, n'était pas informée des traitements qu'on lui imposait et devait vivre recluse, coupée du soutien des siens, dans des conditions de vie extrêmement aliénantes et propices à maintenir la dépression plutôt qu'à la guérir. Le stigmate social associé à la maladie mentale et à l'internement a également contribué à l'isolement qu'a subi la chanteuse. Libérée de l'hôpital en 1953, elle a consacré son énergie à défendre les malades mentaux contre les abus du système psychiatrique. Malgré plusieurs réformes, beaucoup des problèmes dénoncés par Alys Robi sont encore d'actualité.

5.4.4 Les thérapies sociales

Le soutien social est un facteur de résistance en santé mentale, particulièrement pour la prévention des troubles dépressifs et bipolaires. Quand ces troubles sont déclarés, le soutien social joue également un rôle pour favoriser la guérison, surtout dans le cas de la dépression (mais moins dans le cas des troubles bipolaires). Inversement, le fait de perdre des relations interpersonnelles ou d'en manquer est un facteur contribuant à la dépression.

Les thérapies interpersonnelles cherchent à transmettre aux personnes dépressives des stratégies concrètes pour favoriser leurs relations interpersonnelles (Gillies, 2001). Les thérapies sont généralement courtes, avec des objectifs précis et mesurables. Les stratégies que les thérapies interpersonnelles cherchent à mettre en place portent surtout sur deux aspects: la résolution de conflit et l'acquisition d'habiletés sociales.

Comme les médicaments, les thérapies psychologiques sont toutes assez efficaces: environ un tiers des cas ne s'améliorent pas, et seront traités peut-être avec la sismothérapie (Santor et Kusumakar, 2001).



L'hospitalisation peut être nécessaire dans certains cas de troubles de l'humeur, mais elle constitue une expérience potentiellement traumatisante. Ici, on voit les balcons grillagés de l'Institut universitaire de santé mentale du Québec.

5.4.5 La combinaison des traitements

Même si trop de dépressifs et de bipolaires ne bénéficient que du soutien de la pharmacothérapie, c'est la combinaison des types de traitements qui est recommandée. Diverses combinaisons de médicaments et de traitements psychologiques peuvent améliorer l'état de personnes dépressives pour qui un seul type de traitement pourrait ne pas suffire (Blackburn et Moore, 1997). On privilégie la thérapie interpersonnelle avec les dépressifs. Pour les bipolaires, les traitements aux sels de lithium sont les plus fréquents, alors que la thérapie cognitive est surtout utilisée pour tempérer certains comportements excessifs de la phase maniaque.

RÉSUMÉ

Les troubles dépressifs et les troubles bipolaires

- Les troubles dépressifs et bipolaires sont marqués par des épisodes émotifs durables et plus ou moins incapacitants.
- Les deux types principaux d'épisodes émotifs qui caractérisent les troubles dépressifs et bipolaires sont la dépression (tristesse marquée et incapacitante) et la manie (euphorie marquée et incapacitante).
- Si un trouble ne comporte que des épisodes de dépression, on le considère comme un trouble dépressif. Si un trouble ne comporte que des épisodes de manie ou une alternance d'épisodes de dépression et d'épisodes de manie ou d'hypomanie, on le considère comme un trouble bipolaire.



Fiche de révision

- Des troubles dépressifs affectent plus spécifiquement les femmes qui viennent d'accoucher et les personnes qui habitent des pays où l'intensité de la lumière varie beaucoup d'une saison à l'autre.

La prévalence des troubles dépressifs et bipolaires

- Le trouble dépressif majeur (ou caractérisé) est le trouble en santé mentale le plus fréquent. Il affecte des personnes de tous les âges et de tous les groupes sociaux, mais il est plus fréquent chez les femmes et chez les jeunes adultes. Les troubles bipolaires sont moins fréquents.

Les facteurs de risque des troubles dépressifs et bipolaires

- La prédisposition aux troubles dépressifs et bipolaires semble être en partie héréditaire et liée à un mauvais équilibre des hormones et des neurotransmetteurs responsables de la gestion du stress et de la régulation des émotions. La principale substance mise en cause est la sérotonine.
- Les troubles dépressifs et bipolaires sont habituellement déclenchés par des événements de vie traumatisants ou par un stress soutenu qui minent les résistances personnelles.
- Les troubles dépressifs et bipolaires (surtout la dépression) sont maintenus et entretenus par un ensemble de croyances irrationnelles défaitistes et pessimistes portant sur soi-même, sur le monde et sur l'avenir (la triade dépressive).

Les traitements des troubles dépressifs et bipolaires

- Il existe une vaste panoplie de traitements pharmacologiques en constante évolution contre les troubles dépressifs et bipolaires. Ces médicaments permettent d'améliorer le fonctionnement de la personne pendant les épisodes de dépression ou de manie et de prévenir les prochains épisodes.
- Il y a plusieurs types de thérapies psychologiques et sociales: les thérapies cognitives, qui visent à réfuter les croyances de la triade dépressive, les thérapies de l'activation comportementale, les thérapies qui visent à améliorer l'attention sur le moment présent, et les thérapies interpersonnelles, qui cherchent à développer les habiletés sociales.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association québécoise de prévention du suicide

Organisation d'activités de prévention du suicide
www.aqps.info

Centre de prévention du suicide de Québec (existe également à Trois-Rivières)

Soutien proposé aux personnes suicidaires, à leurs proches, aux personnes endeuillées et aux intervenants
www.cpsquebec.ca

Revivre

Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires
www.revivre.org

Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Soutien aux usagers et aux familles concernant les troubles de l'humeur et d'autres maladies mentales
www.troubleslumeur.ca

Suicide Action Montréal (SAM)

Services proposés aux personnes suicidaires, à leur entourage, aux personnes touchées par un suicide, aux sentinelles et aux intervenants
www.suicideactionmontreal.org

Tel-écoute

Services d'écoute active, de prévention du suicide et de référence
www.tel-ecoute.org

LES TROUBLES ANXIEUX

Par Luce Marinier et Marie-Anne Sergerie

PLAN DU CHAPITRE

6.1 Le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse et la panique	164
6.2 Le trouble panique	165
6.2.1 Une description clinique du trouble panique	165
6.2.2 La prévalence et les facteurs de risque du trouble panique	167
6.3 L'agoraphobie	168
6.3.1 Une description clinique de l'agoraphobie	169
6.3.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'agoraphobie	170
6.4 L'anxiété généralisée	172
6.4.1 Une description clinique de l'anxiété généralisée	172
6.4.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété généralisée	174
6.5 Les phobies spécifiques	175
6.5.1 Une description clinique des phobies spécifiques	175
6.5.2 Les différents types de phobies spécifiques	177
6.5.3 La prévalence et les facteurs de risque des phobies spécifiques	178
6.6 L'anxiété sociale (phobie sociale)	180
6.6.1 Une description clinique de l'anxiété sociale	180
6.6.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété sociale	183
6.7 Les traitements des troubles anxieux	184
6.7.1 Le traitement pharmacologique des troubles anxieux	184
6.7.2 Le traitement psychologique des troubles anxieux	184
6.7.3 Le traitement combiné des troubles anxieux	188



Selon l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, environ 12% des Canadiens sont atteints de troubles anxieux, et les femmes ont deux fois plus de risques d'en être atteintes que les hommes. On retrouve les taux d'hospitalisation les plus élevés pour les troubles anxieux chez la population des 65 ans et plus. Enfin, les troubles anxieux constituent le trouble de santé mentale le plus fréquent chez les enfants. Nombreux sont les termes, comme «stressé», «inquiet» ou «anxieux», qui servent à décrire ce qu'une personne ressent par rapport à une situation problématique. Dans ce chapitre, nous différencierons le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse et la panique afin de bien comprendre certains troubles anxieux, soit le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée, la phobie spécifique et l'anxiété sociale (la phobie sociale). Le prochain chapitre, quant à lui, permettra de bien comprendre l'état de stress post-traumatique.

6.1 Le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse et la panique

Stress

Réaction d'un organisme vivant à une situation qui nécessite une adaptation.

Peur

Réaction émotive immédiate à un danger imminent entraînant une activation du système nerveux sympathique responsable des réactions de fuite ou de lutte.

Phobie

Peur irrationnelle face à une situation, à un objet, à un animal ou à une personne qui ne sont objectivement pas dangereux.

Anxiété

État d'appréhension et de crainte à l'égard de ce qui pourrait se produire.

Angoisse

Forme plus grave d'anxiété associée à l'impuissance et à l'inquiétude pouvant mener à la panique.

Panique

Terreur extrême et soudaine qui se manifeste par des sensations physiologiques désagréables comme des palpitations, des sueurs, des tremblements et des nausées.

C'est à Hans Selye, un médecin montréalais d'origine hongroise, qu'on doit les premières recherches portant sur le **stress**. Il le définit comme étant la réaction physiologique et psychologique d'un organisme vivant lorsque celui-ci est exposé à une situation qui nécessite une adaptation. Plus précisément, lorsqu'un être humain ou un animal doit affronter un changement, le corps sécrète de l'adrénaline et du cortisol dans le sang afin de favoriser l'adaptation à cette situation, notamment en augmentant l'énergie disponible. Tout ce qui provoque du stress est appelé stressueur, qu'il soit perçu comme positif ou négatif. Bien qu'il puisse être désagréable de se sentir stressé, cet état est utile, essentiel et même vital. En effet, le stress et la peur sont sains parce qu'ils permettent de protéger l'organisme. Dans les situations où un danger réel existe, la **peur** est adéquate et adaptée parce qu'elle lance un signal d'alarme au corps. Ainsi, le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire augmentent afin de préparer l'organisme à réagir et à éviter un accident de voiture, par exemple. La peur est ainsi une émotion qui survient devant un danger imminent ou immédiat et qui permet de se protéger d'une menace réelle. La **phobie**, quant à elle, est une peur irrationnelle à propos d'une situation qui est objectivement sans danger (Marchand et Letarte, 2004). La phobie se distingue de la peur par son caractère disproportionné quant au danger réel (par exemple, la phobie des araignées ou des ascenseurs).

De son côté, l'**anxiété** se définit comme un état d'appréhension de l'avenir. Elle est également associée à une humeur négative, à des symptômes comme la fatigue, la tension physique ou l'irritabilité (APA, 2015; Barlow, 2002). L'**angoisse** est une forme plus grave d'anxiété, notamment parce qu'elle est liée à un sentiment d'impuissance et d'inquiétude liées au doute quant à ses capacités à affronter une situation (Tamisier, 1999). Pour sa part, la **panique** est une peur très intense qui monte en quelques minutes, entraînant

des réactions physiologiques désagréables (palpitations, sueurs, tremblements, nausées, etc.). À ce propos, on utilise souvent, en santé mentale, l'expression «**attaque de panique**» comme un équivalent du terme «panique» tout en indiquant de façon plus précise les symptômes physiques accompagnant cet état (voir le critère A de l'encadré 6.1 portant sur l'attaque de panique). Néanmoins, l'attaque de panique ne constitue pas en tant que telle un trouble mental; elle est plutôt une spécification souvent associée à des diagnostics comme le trouble panique, l'agoraphobie, la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique, etc.).

Comme le montrent les critères diagnostiques, c'est par l'ampleur et la répétition des réactions physiques, comportementales, cognitives et même affectives que se distinguent les troubles anxieux des réactions dites normales de stress, de peur, d'anxiété et d'angoisse.



Stefie Shock est porte-parole depuis 2007 de l'association québécoise Revivre. L'objectif de cet organisme est de soutenir les personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. L'auteur-compositeur-interprète a déclaré publiquement avoir commencé à subir des attaques de panique dès l'âge de 22 ans et souffrir d'anxiété.

6.2 Le trouble panique

Le trouble panique correspond à des attaques de panique récurrentes pour lesquelles il n'y a pas de déclencheur apparent.

6.2.1 Une description clinique du trouble panique

Lorsqu'une personne vit une attaque de panique inattendue, elle peut ensuite craindre d'être victime d'autres attaques de panique sans raison apparente et se préoccuper de leurs conséquences (APA, 2015). C'est alors qu'un diagnostic de **trouble panique** peut être apposé. Plusieurs personnes subissent des attaques de panique sans toutefois présenter un trouble panique, la différence se situant souvent sur le plan du caractère inattendu des attaques. En effet, lorsqu'une explication rationnelle existe, il y a moins de risques que les attaques de panique mènent à un trouble panique. Dans ce dernier, chaque attaque est perçue comme une menace, un danger, un signal d'alarme sans fondement logique. Il est aussi possible que les personnes ne s'inquiètent pas de subir d'autres attaques de panique, mais elles évitent des situations susceptibles de produire de telles attaques sans nécessairement s'en rendre compte. Par exemple, certaines personnes en viennent à éviter d'être actives physiquement, car le simple fait de pratiquer une activité physique provoque des symptômes associés aux attaques (l'essoufflement, le cœur qui bat plus vite, la sudation, etc.) (Barlow, Durand et Stewart, 2009). Des attaques peuvent également survenir la nuit. La panique nocturne est un réveil soudain en état de panique. Chez les personnes présentant un trouble panique, environ 60 à 68% auraient déjà vécu une attaque de panique nocturne (Craske et Barlow, 1989; Stein, Chartier et Walker, 1993; Uhde, 1994). L'encadré 6.1, à la page suivante, présente plusieurs critères diagnostiques du trouble panique.

Attaque de panique

Équivalent de panique. Selon le *DSM-5*, caractéristique spécifique de certains troubles mentaux associée à au moins quatre symptômes tels que des palpitations, des sueurs, des tremblements, des sensations d'étouffement, des peurs aiguës de perdre le contrôle de soi, de mourir ou de devenir fou, etc.

Trouble panique

Attaques de panique imprévisibles et récurrentes provoquant une peur intense, une appréhension de subir d'autres attaques, des préoccupations quant aux conséquences des attaques de panique ou des comportements d'évitement.

ENCADRÉ 6.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble panique

A Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son [maximum] en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

N.B. : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'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. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir. [...]

B Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) [où l'un ou les deux symptômes suivants se sont manifestés] :

1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières). [...]

C La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à un abus, comme un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Étude de CAS

« Je vais avoir une crise cardiaque ! »

Alors qu'elle marchait tranquillement dans la rue, Alexia a eu l'impression qu'elle était sur le point d'avoir une crise cardiaque : elle ressentait des palpitations, transpirait, tremblait et elle était essoufflée. Elle a eu peur de mourir. Pourtant, quelques minutes plus tard, tous ces symptômes se sont dissipés aussi rapidement qu'ils étaient apparus. Elle est allée voir

son médecin qui lui a dit qu'elle était en parfaite santé. Néanmoins, elle a peur de revivre ces sensations et d'avoir l'air ridicule, sans comprendre ce qui a pu déclencher en elle ces réactions. Elle a diminué ses activités quotidiennes au cas où... Alexia se demande si elle n'est pas en train de devenir folle...

6.2.2 La prévalence et les facteurs de risque du trouble panique

Selon le *DSM-5*, 2 à 3 % de la population serait aux prises avec un trouble panique, principalement entre les âges de 14 et 64 ans. Les femmes seraient davantage touchées que les hommes dans une proportion de 2 pour 1.

Chez les personnes atteintes d'un trouble panique, il est souvent possible d'observer d'autres troubles mentaux comme la dépression majeure, les phobies, l'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel-compulsif (Leahy et Holland, 2000). Le trouble panique est souvent associé à l'usage de substances comme la cocaïne, les stimulants et les hallucinogènes (Sareen *et al.*, 2006). En effet, la consommation d'alcool et de drogues est à la fois un facteur de risque dans le développement d'un trouble panique et une conséquence afin d'en diminuer la souffrance. Ainsi, les hommes qui vivent un trouble panique ont tendance à consommer plus d'alcool afin de rendre leurs difficultés plus acceptables culturellement (Cox *et al.*, 1990). Chez les personnes souffrant d'un trouble panique, 20 % auraient tenté de se suicider. Le risque de suicide associé au trouble panique serait donc comparable à celui de la dépression majeure (Johnson, Weissman et Klerman, 1990).

Différents stressseurs comme les problèmes physiques réels (une crise d'hypoglycémie, une labyrinthite, etc.), des accidents et des agressions de même que des changements de vie négatifs (une séparation, un deuil, une perte d'emploi, etc.) ou positifs (un mariage, la naissance d'un enfant, une promotion, etc.) et des conflits conjugaux ou professionnels peuvent, entre autres, déclencher des attaques de panique (Leahy et Holland, 2000; Marchand et Letarte, 2004).

En outre, des prédispositions génétiques contribueraient à une augmentation de l'activité des amygdales du cerveau, ce qui ferait en sorte que la personne serait plus susceptible d'être hypervigilante (APA, 2015). Un état d'alerte constant entraîne habituellement de la fatigue, des difficultés de concentration et de l'insomnie. Ces éléments peuvent influencer sur l'humeur (Marchand et Letarte, 2004). En effet, les vulnérabilités psychologiques se manifestent notamment par l'anticipation des symptômes : la personne peut devenir excessivement attentive (hypervigilante) à ses sensations physiques et avoir des anticipations anxieuses à l'idée de les ressentir à nouveau. Les sensations physiques sont alors perçues comme étant menaçantes ou dangereuses. Elles entraînent la crainte que quelque chose

de grave puisse survenir ou même la peur de mourir. La personne met l'accent sur la possibilité d'une éventuelle attaque de panique en anticipant le pire. Par exemple, l'individu peut conclure qu'il est en train d'avoir une crise cardiaque s'il perçoit que son cœur bat plus rapidement. L'hypervigilance, les anticipations et les erreurs d'interprétation (les «fausses alarmes») contribuent à accroître le niveau d'anxiété et, par conséquent, à favoriser l'apparition d'attaques de panique et l'évitement de certaines situations pour tenter de réduire l'anxiété (Leahy et Holland, 2000). Une personne qui ressent de la terreur cherchera à identifier un danger pour l'expliquer. C'est ainsi que les malaises ressentis lors des attaques de panique seront perçus comme des menaces ou des dangers. Il importe toutefois de savoir que, même si le fait de subir une attaque de panique peut être fort désagréable, les symptômes ressentis sont en réalité inoffensifs pour l'individu.

L'évitement consiste à contourner ou à fuir une situation. Il s'agit d'un mécanisme d'adaptation qu'utilisent les personnes anxieuses. Les appréhensions anxieuses de craintes et d'inquiétudes favorisent les comportements d'évitement. Lorsque l'individu fuit une situation ou qu'il la contourne, son niveau d'anxiété baisse instantanément. Il en résulte un important sentiment d'apaisement et de soulagement. Or, le résultat immédiat des comportements d'évitement contribue à maintenir et à renforcer le problème (Marchand et Letarte, 2004). La stratégie est efficace puisqu'elle réduit l'anxiété sur-le-champ, mais les effets sont de courte durée. Dès que la situation redoutée se présente à nouveau, l'anxiété refait surface, le plus souvent avec une plus grande force. Dans les endroits publics, les individus ont également tendance à planifier une manière de s'échapper rapidement, advenant qu'une attaque de panique survienne (s'asseoir près de la sortie, par exemple).

L'interprétation des symptômes d'une attaque de panique contribue à l'apparition du trouble panique. En effet, chaque année, de 30 à 40 % de la population en général subit une attaque de panique. Certaines personnes donnent une signification catastrophique aux symptômes et sont aux prises avec des peurs irréalistes, favorisant ainsi l'apparition et le maintien du trouble panique, alors que la plupart des individus n'y voient rien d'alarmant (Leahy et Holland, 2000).

Clark (1986; 1989) s'est intéressé aux processus cognitifs présents dans le trouble panique. Ses travaux ont montré l'importance de la vulnérabilité psychologique des personnes souffrant d'un trouble panique dans leur façon catastrophiste d'interpréter des sensations physiques normales. Par exemple, une personne présentant une vulnérabilité psychologique peut interpréter l'accélération de son rythme cardiaque et de sa respiration durant un exercice physique comme une sensation dangereuse. Par conséquent, elle peut se sentir anxieuse même s'il est normal que le cœur batte plus vite et que la respiration s'accélère lorsqu'on pratique un exercice physique. Le simple fait de percevoir ces sensations comme étant dangereuses ou menaçantes suffit pour activer le système nerveux sympathique et engendrer d'autres sensations physiques, celles-ci étant aussi perçues comme des dangers ou des menaces. Dans ces conditions, un cercle vicieux se crée (voir la figure 6.1).

Agoraphobie

Anxiété à l'idée de se trouver dans des situations, des lieux d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de panique.

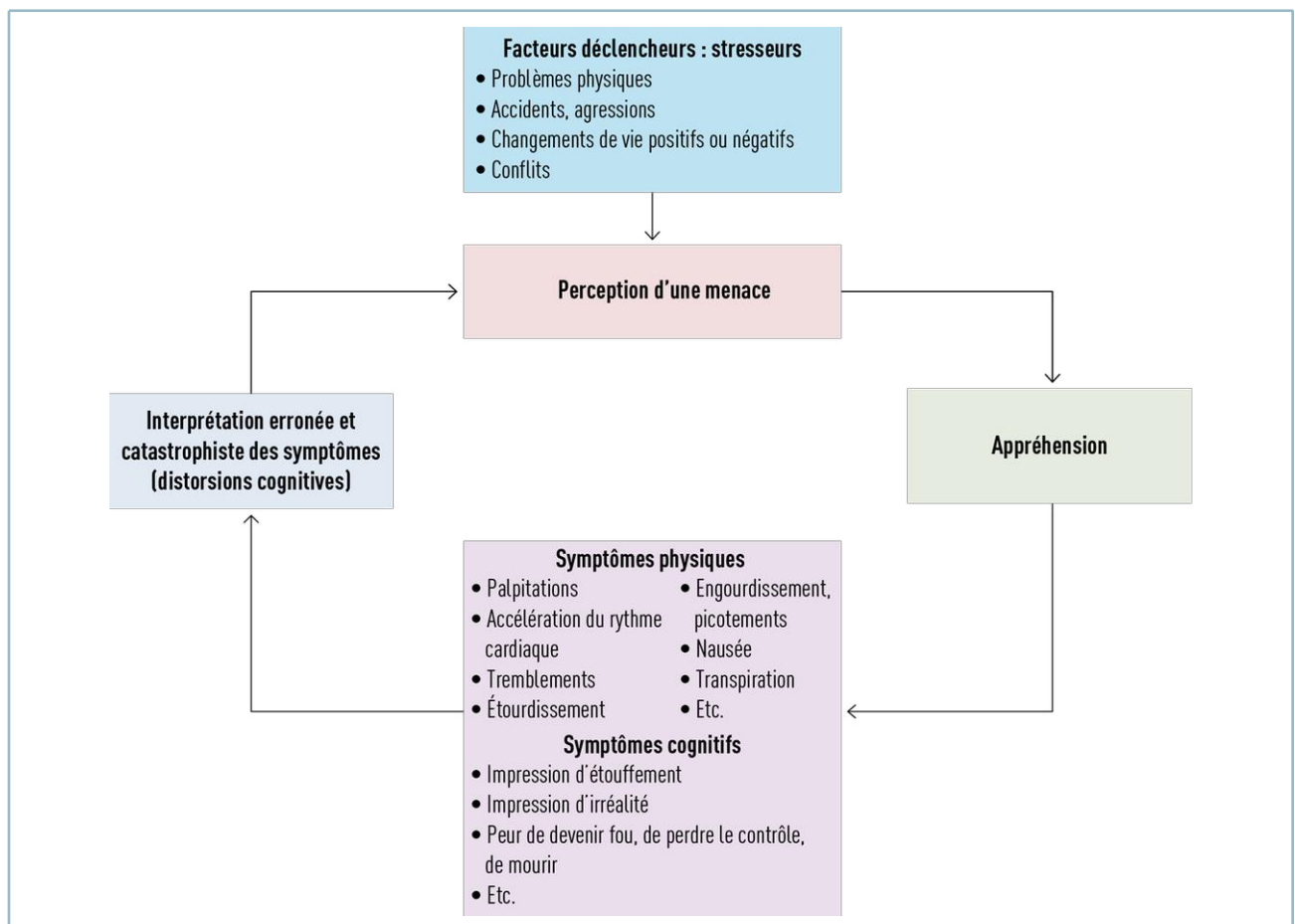
6.3 L'agoraphobie

Une personne qui ne semble jamais sortir de chez elle, qui ne va nulle part ou qui trouve des excuses pour rester à la maison au lieu de faire des activités à l'extérieur souffre peut-être d'**agoraphobie**. *Agora* est un mot grec qui signifie «place publique».

6.3.1 Une description clinique de l'agoraphobie

L'agoraphobie se définit comme une anxiété ressentie à l'idée de se trouver soit dans des endroits ou des situations d'où on pourrait avoir du mal à s'échapper, soit dans des situations où il serait difficile d'obtenir de l'aide en cas de panique. Cette anxiété mène à des symptômes incapacitants ou embarrassants, dont l'évitement de plusieurs situations, par exemple être seul en dehors de son domicile, utiliser un moyen de transport (voiture, autobus ou avion), se trouver dans un espace ouvert (stationnement, marché, pont), être dans une foule, dans une file d'attente ou dans un espace clos (magasin, cinéma). Ces évitements peuvent devenir très invalidants. Les situations anxiogènes sont activement évitées puisqu'elles provoquent de la peur. Dans le cas où elles ne peuvent pas être évitées, la personne recherche la présence d'une autre personne pour l'assister, ou ces situations génèrent une grande détresse. Par exemple, la personne se rend quand même au travail ou accepte de voyager pour atteindre ses objectifs, mais elle subit une intense frayeur et une détresse profonde, surtout si elle est seule (APA, 2015). Certaines personnes agoraphobes vont faire appel à des « personnes sécurisantes » de leur entourage. Celles-ci les accompagnent dans les situations anxiogènes, au cas où ils auraient besoin d'échapper à la situation si le niveau d'anxiété devenait

Figure 6.1 La spirale de la panique dans un trouble panique



Source : Adapté du modèle de Clark (1986).

trop élevé. Souvent, les personnes souffrant d'agoraphobie vivent à répétition des attaques de panique (voir l'étude de cas suivante). Ainsi, plusieurs personnes sont à la fois aux prises avec un trouble panique et une agoraphobie. Il est toutefois possible de souffrir d'agoraphobie sans vivre une attaque de panique. L'encadré 6.2 présente les critères diagnostiques de l'agoraphobie.

6.3.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'agoraphobie

De façon générale, le pourcentage de personnes atteintes d'agoraphobie au cours de leur vie se situe autour de 1,7% (APA, 2015). La fréquence serait au moins deux fois plus élevée chez les femmes (Leahy et Holland, 2000; Marchand et Letarte, 2004), notamment parce que, du point de vue culturel, les attentes contribuent à ce que les femmes affichent de la peur et évitent des situations, et à ce que les hommes démontrent de la force et du courage (Barlow, Durand et Stewart, 2009). Parmi les troubles associés à l'agoraphobie, on observe une tendance à l'anxiété et à la dépression.

Comme pour le trouble panique, des facteurs de risque biologiques et psychologiques contribuent à l'apparition et à la persistance de l'agoraphobie. Selon un modèle basé sur l'évolution et la survie des espèces, l'humain serait biologiquement plus sensible à certains stimuli. Dans un passé lointain, l'humain était davantage exposé aux animaux prédateurs et aux autres dangers que recèle la nature. Pour survivre, il était donc nécessaire de rester aux aguets afin de pouvoir fuir ou contre-attaquer. Le fait d'être vigilant nécessite l'activation du système nerveux sympathique, un système jouant également un rôle dans l'activation de la peur (Leahy et Holland, 2000). Dans le monde d'aujourd'hui, certains individus demeurent sur leurs gardes dans des contextes où leur survie n'est

Lorsqu'ils se trouvent dans un endroit public, les agoraphobes ont tendance à planifier une manière de s'échapper rapidement, au cas où une attaque de panique surviendrait. Cela peut s'avérer difficile dans une foule.



pas menacée, comme s'ils recherchaient ces prédateurs aujourd'hui pratiquement absents de leur vie quotidienne. Ainsi, des lieux anodins (par exemple, le métro ou le cinéma) sont perçus comme étant susceptibles de cacher une menace, ce qui prédispose ces individus à vivre des attaques de panique. Une personne anxieuse aura d'ailleurs tendance à justifier le bien-fondé de sa crainte par des situations d'agressions réelles ayant eu lieu dans de tels endroits au fil de l'actualité.

En ce qui a trait à l'agoraphobie, les vulnérabilités biologiques semblent faire intervenir, plus que pour les autres troubles anxieux, des facteurs génétiques. Les parents transmettraient, tant sur le plan biologique que psychologique, des

ENCADRÉ 6.2 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'agoraphobie

- A** Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
 1. Utiliser les transports en commun (p. ex. voitures, bus, trains, bateaux, avions).
 2. Être dans des endroits ouverts (p. ex. stationnements, marchés, ponts).
 3. Être dans des endroits clos (p. ex. magasins, théâtres, cinémas).
 4. Être dans une file d'attente ou dans une foule.
 5. Être seul à l'extérieur du domicile.
- B** La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (p. ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).
- C** Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.
- D** Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.
- E** La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.
- F** La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.
- G** La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Étude de CAS

« Je n'aime pas les transports en commun... »

Guillaume est un étudiant âgé de 20 ans. Alors qu'il se rend au collège en métro, il ressent soudainement un intense malaise. Il est surpris par une sensation d'étourdissement extrême, des bouffées de chaleur et une forte nausée. Son cœur se met à battre très rapidement, et sa respiration est difficile.

Guillaume ne comprend pas ce qui lui arrive. Ne se sentant pas bien, il n'a pas envie de se rendre au collège pour assister à son cours. Il décide donc de sortir du métro et de retourner chez lui en taxi pour

se reposer. Arrivé à la maison, Guillaume se sent fatigué, mais soulagé. Le lendemain, il est craintif à l'idée de se déplacer en métro et de ressentir les mêmes sensations désagréables. Il est d'autant plus inquiet depuis qu'il a vécu les mêmes inconforts lors d'un voyage à Québec en autobus.

Depuis ce jour, Guillaume prend un taxi pour se rendre au collège, se disant que, s'il ressent un malaise, il obtiendra plus facilement de l'aide ou il pourra retourner plus rapidement chez lui.

prédispositions à souffrir d'agoraphobie. Si des membres de la famille ont l'habitude de réagir de façon anxieuse ou inadaptée à certaines situations, ils peuvent favoriser l'apprentissage par observation de la crainte chez l'enfant (Marchand et Letarte, 2004).

Selon le *DSM-5*, d'autres facteurs de risque psychosociaux favoriseraient l'apparition de l'agoraphobie. Il s'agit de stressseurs négatifs vécus dans l'enfance, comme la séparation ou la mort d'un parent, de même qu'un climat familial froid et surprotecteur. Aussi, le fait d'être victime d'agressions ou de vols peut précipiter l'agoraphobie.

6.4 L'anxiété généralisée

La plupart des gens ont des soucis, c'est-à-dire qu'ils appréhendent ou anticipent un événement qui pourrait avoir des conséquences négatives ou désagréables. Les soucis peuvent être utiles lorsqu'ils concernent des problèmes réels et servent à trouver des solutions et à gérer adéquatement des situations (Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008). Mais qu'arrive-t-il quand une personne s'inquiète à propos de tout et de rien en élaborant des scénarios catastrophes? Voyons le cas de Jacinthe, ci-dessous.

Étude de CAS

« Et si... »

Jacinthe est au travail. Elle se rend compte qu'elle a de la difficulté à se concentrer parce que son esprit est ailleurs. Elle rumine et s'inquiète. Les scénarios s'enchaînent dans sa tête: « Que va-t-il arriver si je ne parviens pas à finir cette tâche? Mon patron sera sans doute furieux... Et s'il est furieux et insatisfait de mon travail, je risque de perdre mon emploi! Si je perds mon emploi, je n'aurai plus d'argent, ce qui aura des conséquences désastreuses pour ma famille. » Malgré ses difficultés à se concentrer, Jacinthe n'a jamais reçu de commentaires négatifs de la part de son patron. Mais elle ne s'inquiète pas uniquement au sujet de son travail. Elle appréhende souvent plusieurs autres situations. Par exemple, elle se tracasse fréquemment en imaginant des scénarios catastrophistes quand un de ses proches arrive en retard sans la prévenir. Quand elle s'inquiète beaucoup, Jacinthe se sent tendue physiquement, fatiguée et plus irritable. Elle a aussi beaucoup de difficulté à s'endormir, car elle pense sans cesse à ce qui la préoccupe.

6.4.1 Une description clinique de l'anxiété généralisée

Jacinthe est l'exemple d'une personne souffrant d'**anxiété généralisée**. L'anxiété généralisée se caractérise par des inquiétudes et des appréhensions persistantes et incontrôlables à propos de plusieurs événements ou activités. Les principaux thèmes d'inquiétude portent habituellement sur la famille, la santé, le travail, l'argent, l'avenir ou des événements mineurs comme les retards. Les soucis sont excessifs et provoquent des symptômes physiques comme de la fatigue, de l'irritabilité, de l'agitation, des tensions musculaires, des problèmes de concentration ou de sommeil. Enfin, l'anxiété ressentie a pour conséquence

Anxiété généralisée

Trouble caractérisé par des inquiétudes et des appréhensions excessives, persistantes et incontrôlables liées à des événements ou à des activités de la vie courante.

d'entraver le fonctionnement de la personne et de nuire à sa qualité de vie (voir l'encadré 6.3 pour les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée) (APA, 2015; Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008).

Un souci est considéré comme excessif quand il est démesuré par rapport à une situation donnée (par exemple, penser aux conséquences possibles d'un accident de voiture mortel de son conjoint, alors qu'il est simplement en retard et qu'aucun accident n'est survenu dans le passé). Un souci est incontrôlable quand la personne n'arrive plus à se concentrer sur autre chose (Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008).

Si une personne perd son emploi, par exemple, il peut être normal qu'elle s'inquiète des répercussions financières si elle tarde à se trouver un nouvel emploi. Par contre, les inquiétudes excessives renvoient davantage à des situations éventuelles, le plus souvent très peu probables. Face à ces situations hypothétiques, la personne anxieuse a tendance à envisager tous les scénarios possibles et à mettre l'accent sur les plus fâcheux (Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008).

Il existe deux types d'inquiétude. D'abord, les soucis au sujet de situations réelles, qui renvoient à des problèmes actuels, c'est-à-dire qui surviennent dans le présent ou qui sont survenus récemment. Toutefois, ce sont leurs conséquences qui sont appréhendées. Ensuite, les soucis au sujet de situations éventuelles, qui se rapportent à des problèmes qui ne sont pas encore survenus. Par exemple, une personne peut s'inquiéter des conséquences que

ENCADRÉ 6.3 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'anxiété généralisée

- 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 (telles que 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 ont été 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'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

subirait son enfant s'il était atteint d'une maladie grave alors que celui-ci est en bonne santé. Les personnes souffrant d'anxiété généralisée auraient tendance à éprouver davantage d'inquiétude à l'égard de situations éventuelles, le plus souvent très peu probables (Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008).

6.4.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété généralisée

Environ 9 % de la population souffrirait d'anxiété généralisée, dont la moitié seraient des femmes (APA, 2015). Les troubles les plus souvent associés à l'anxiété généralisée sont les troubles de l'humeur; en effet, 80 % des personnes recevant un diagnostic d'anxiété généralisée présenteraient des symptômes dépressifs (Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008), et 40 % recevraient un diagnostic de dépression ou de trouble dépressif persistant (dysthymie) (Sanderson *et al.*, 1990).

Bien que l'anxiété généralisée soit relativement fréquente, les personnes qui en souffrent ne consultent pas toujours un spécialiste en santé mentale; elles optent plutôt pour des consultations médicales en raison de symptômes physiques comme l'insomnie, les maux de tête ou les douleurs persistantes sans cause apparente (Roy-Byrne et Katon, 2000; Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008).

La probabilité que l'anxiété généralisée soit transmise uniquement par des facteurs génétiques est plus faible que pour les autres troubles anxieux (Kendler *et al.*, 1992). Certaines personnes acquièrent assez jeunes l'impression que des situations peuvent être menaçantes ou incontrôlables. Elles héritent aussi d'une propension à être tendues physiquement. Les stressseurs les amènent à s'inquiéter et à être vigilantes.

Intolérance à l'incertitude

Tendance à réagir négativement à un événement incertain, indépendamment de sa probabilité et des conséquences associées.

Évitement cognitif

Mode de pensée qui ne favorise pas l'affrontement d'une situation.

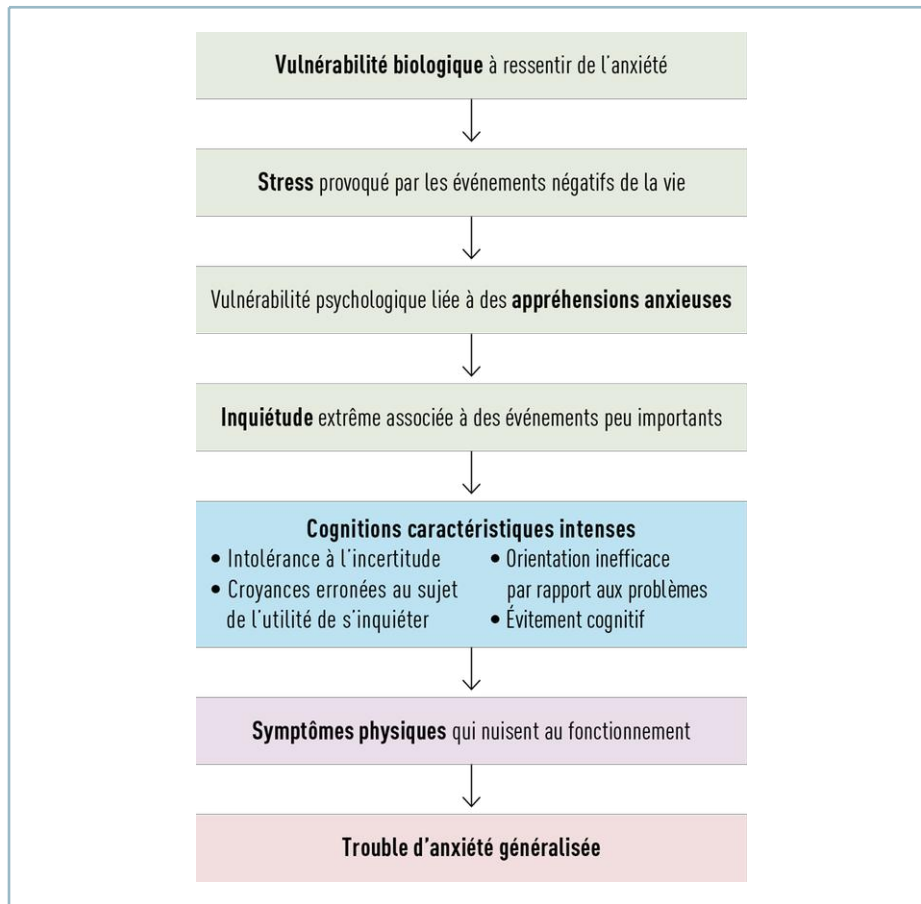
Les chercheurs québécois Michel Dugas, Robert Ladouceur et leurs collègues ont élaboré un modèle permettant de mieux comprendre l'anxiété généralisée (Dugas, 2004; Dugas *et al.*, 1998; Ladouceur, Bélanger et Léger, 2008). Ils ont défini quatre caractéristiques cognitives: l'**intolérance à l'incertitude**; les croyances erronées au sujet de l'utilité de s'inquiéter; l'orientation inefficace par rapport aux problèmes et l'**évitement cognitif**. L'intolérance à l'incertitude fait en sorte que la personne perçoit les imprévus comme des stressseurs négatifs. De plus, une personne aux prises avec de l'anxiété généralisée croit que ses préoccupations l'aideront à mieux affronter les situations. Par exemple, la personne anxieuse se dit qu'il est utile de s'inquiéter puisque, ainsi, il ne lui arrive pas malheur et croit que si elle cesse de le faire, le malheur pourrait s'abattre sur elle. Pourtant, ces attitudes découragent d'agir, car la personne demeure confuse concernant la stratégie qu'elle pourrait mettre en œuvre et l'effet de ses actions. L'orientation inefficace par rapport aux problèmes se manifeste par exemple par de l'impulsivité, de la négligence ou de la dépendance envers les autres.

Finalement, éviter d'examiner l'inquiétude en profondeur est une réaction qu'on observe souvent chez une personne présentant de l'anxiété généralisée. En effet, malgré la surévaluation de l'utilité de s'inquiéter pour contrer l'imprévisible ou l'insécurisant, on observe également une tendance à vouloir fuir ou se divertir.

On pense ainsi pouvoir échapper aux conséquences que l'on s'imagine reliées aux scénarios catastrophistes envisagés.

La figure 6.2 présente un modèle intégratif de l'anxiété généralisée permettant de mieux comprendre les différents facteurs en jeu.

Figure 6.2 Un modèle intégratif de l'anxiété généralisée



Source : Adapté de Durand et Barlow (2002).

6.5 Les phobies spécifiques

Bien que la peur soit parfois fondée et utile à l'adaptation, les réactions associées aux phobies sont jugées anormales parce qu'elles ne sont pas typiques de la population en général ou des personnes du même âge. La peur vécue est extrême et a peu de lien avec un danger réel. L'étude de cas à la page suivante illustre l'exemple d'une personne souffrant d'une phobie spécifique.

6.5.1 Une description clinique des phobies spécifiques

La **phobie spécifique** est une peur irrationnelle d'un objet, d'un animal ou d'une situation particulière qui interfère fortement avec le fonctionnement général de la personne (Barlow, Durand et Stewart, 2009). Elle se caractérise par une peur

Phobie spécifique

Peur irrationnelle d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation spécifique qui entrave fortement le fonctionnement général d'une personne.

« J'ai peur de prendre l'avion... »

France, âgée de 51 ans, a un fils de 26 ans qui travaille à Londres depuis trois ans. Elle n'a jamais osé prendre l'avion, car elle en a peur depuis toujours. Sa plus grande crainte est qu'il s'écrase. France a également peur des hauteurs et elle craint de perdre le contrôle si elle voyage en avion. Elle préfère que son fils vienne la visiter, même si elle est très inquiète lorsqu'il se déplace en avion.

Lorsqu'il l'invite à venir lui rendre visite, elle trouve différentes raisons pour éviter la situation : ses moyens financiers l'en empêchent, elle n'a pas le temps de prendre des vacances en raison du travail, etc. Elle décide de consulter un psychologue, car elle réalise que sa peur l'empêche de voir sa petite-fille qui vient de naître aussi souvent qu'elle le souhaiterait.

Phobogène

Objet, être vivant ou situation générant une réaction phobique.

intense lorsque la personne est en présence du stimulus **phobogène** ou qu'elle l'anticipe. Le fait d'être exposé au stimulus phobogène provoque une réaction d'anxiété qui peut se manifester sous la forme d'une attaque de panique.

Les personnes phobiques ont parfois peur de perdre connaissance, ce qui est impossible puisque leur pression artérielle et leur rythme cardiaque augmentent. Elles ont aussi tendance soit à éviter les stimuli phobogènes, soit à ressentir un malaise marqué lorsqu'elles tolèrent leur présence. La personne est effrayée par le stimulus en soi (APA, 2015; Durand, Barlow et Stewart, 2008; Leahy et Holland, 2000). On considère que les phobies spécifiques sont moins complexes que l'agoraphobie et l'anxiété sociale (voir la section 6.6 à la page 180). En effet, elles se limitent à des réactions de peur et ne sont habituellement pas accompagnées d'autres symptômes comme de l'anxiété chronique et une diminution de l'estime personnelle.

Il importe de bien connaître les peurs et les angoisses généralement vécues durant l'enfance afin de les distinguer des phobies spécifiques (Albano, Chorpita et Barlow, 1996; King, 1993; Silverman et Rabian, 1993). Chez les bébés, il est possible de percevoir une peur marquée des étrangers et des bruits forts. Vers l'âge d'un ou deux ans, il est normal que les enfants manifestent une certaine anxiété lorsqu'ils sont séparés de leurs parents. Chez les enfants de cet âge, on décèle également la peur des animaux et de la noirceur, qui peut persister jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans. La crainte des monstres et autres créatures imaginaires s'installe habituellement

Anxiété de séparation

Anxiété excessive se manifestant lorsqu'un enfant ou un adulte est séparé des figures d'attachement ou lorsqu'il est loin de la maison ou des endroits familiers.

EN RELIEF

L'anxiété de séparation

Vers l'âge d'un ou deux ans, il est normal que les enfants ressentent une certaine anxiété lorsqu'ils sont séparés des êtres auxquels ils sont très attachés (par exemple, leurs parents) ou lorsqu'ils sont loin de la maison ou des endroits qui leur sont familiers. Cependant, dans le cas d'une **anxiété de séparation**, leurs réactions sont excessives. Ils sont préoccupés par l'idée que des événements peuvent survenir et les séparer de leurs parents à jamais. Ces enfants peuvent aussi refuser d'aller à l'école ou même de quitter la maison par peur d'être séparés de leurs proches. Ils peuvent faire des cauchemars

qui expriment leur anxiété de séparation (par exemple, un événement dramatique anéantissant toute la famille). Les enfants souffrant d'anxiété de séparation présentent également des symptômes physiques lorsqu'ils anticipent les situations de séparation ou leur font face, comme des douleurs abdominales, des maux de tête, des nausées ou des vomissements (APA, 2015). Selon la dernière édition du *DSM*, ce trouble peut aussi se manifester chez les adultes à l'égard d'une figure d'attachement ou de leur résidence.

vers l'âge de trois ans et peut durer quelques années. Les craintes et l'anxiété liées au jugement d'autrui et à l'apparence physique surviennent plutôt vers l'âge de 10 ans.

Les peurs deviennent phobiques lorsque le fonctionnement général de l'individu est altéré et que celui-ci en souffre. Par exemple, mettre en place des stratégies d'évitement ou de contournement, comme éviter de feuilleter des magazines ou d'aller à certains endroits par peur de voir une araignée ou un serpent, est une manifestation d'un fonctionnement altéré. Il arrive que les personnes phobiques s'adaptent en contournant leurs peurs de diverses façons. Ainsi, une personne ayant une phobie de la conduite automobile pourrait gérer ce trouble sans contraintes en vivant en zone urbaine et en utilisant les transports en commun. Dans les cas les plus sévères, les phobies spécifiques peuvent devenir très invalidantes parce qu'elles entravent lourdement la vie quotidienne. Par exemple, un homme qui a peur d'emprunter l'ascenseur peut être amené à refuser un emploi convoité parce qu'il doit travailler dans un gratte-ciel, ou à refuser de visiter des amis qui habitent dans un immeuble de plusieurs étages, etc. Les critères diagnostiques détaillés de la phobie spécifique sont présentés dans l'encadré 6.4.

ENCADRÉ 6.4 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la phobie spécifique

A Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).

N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.

B L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.

C L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.

D La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.

E La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.

F La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

6.5.2 Les différents types de phobies spécifiques

L'ensemble des phobies spécifiques se divise en cinq principaux sous-types : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, situationnel et autre. Le type animal est la peur des animaux ou des insectes. Le type environnement naturel renvoie aux phobies liées aux événements naturels (comme les orages, la foudre, le vent, les hauteurs, l'eau ou les tempêtes). Celles-ci tendent à se regrouper. Par exemple, une personne phobique à l'égard de l'eau sera susceptible de craindre d'autres éléments ou phénomènes naturels tels les



orages. Le type sang-injection-accident concerne les peurs déclenchées par la vue du sang ou d'un accident, ou encore par le fait de recevoir une injection ou d'être soumis à une procédure médicale invasive, comme une chirurgie ou un examen des organes internes. Ces phobies sont souvent liées à une réponse vasovagale (c'est-à-dire une chute de pression et une perte de conscience), ce qui diffère des autres phobies. Le type situationnel concerne les peurs qui peuvent avoir pour origine des situations sans danger, par exemple aller chez le dentiste, ou peu dangereuses, comme conduire une voiture ou prendre l'avion ou l'ascenseur, traverser les ponts ou les tunnels, se trouver dans un endroit clos, etc. Il n'est pas toujours facile d'effectuer la distinction entre l'agoraphobie et une phobie spécifique de type situationnel. Néanmoins, dans le premier cas, plusieurs situations provoquent une peur exagérée, alors que dans le deuxième, les réactions illogiques se limitent à un endroit. Le type autre renferme toute peur induite par d'autres stimuli comme la peur de s'étouffer, de vomir ou la « phobie de l'espace » (c'est-à-dire la peur de tomber lorsqu'on s'éloigne des murs ou d'autres supports) (APA, 2015). Le tableau 6.1 présente près d'une vingtaine de noms attribués à des phobies. Cette liste est fournie à titre indicatif afin de montrer l'étendue des appellations données et la variété des phobies.

6.5.3 La prévalence et les facteurs de risque des phobies spécifiques

Les taux de prévalence à vie pour les phobies fluctuent entre 7 et 11 % (APA, 2015 ; Statistique Canada, 2004). Les gens qui consultent et suivent un traitement sont habituellement ceux qui présentent une phobie spécifique grave et invalidante (Anthony et Barlow, 2002). C'est au cours de l'adolescence (13 à 17 ans) que le taux est le plus élevé, soit jusqu'à 16% selon le *DSM-5*. Comme pour les autres troubles anxieux, un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont aux prises avec une phobie, notamment parce que, d'un point de vue social et culturel, on accepte

Tableau 6.1 Quelques exemples de phobies spécifiques

Terme	Peur...	Terme	Peur...
Acarophobie	des petits insectes, des mites, des acariens	Géphyrophobie	de traverser des ponts
Acrophobie	des hauteurs	Ichthyophobie	des poissons
Aérophobie	de l'air et du vent	Musophobie	des souris, des rats
Ailurophobie	des chats	Nosophobie	de la maladie, d'être malade
Apiphobie	des abeilles, des insectes ayant un dard ou pouvant piquer	Nyctophobie	du noir, de l'obscurité
Astraphobie	du tonnerre et des éclairs	Phobophobie	d'avoir peur, de souffrir d'une phobie
Émétophobie	de vomir	Pyrophobie	du feu
Entomophobie	des insectes	Thanatophobie	de la mort, de mourir
Éreutophobie	de rougir en public	Xénophobie	des étrangers

Source : Données tirées de Maser (1985), p. 805-813.

davantage qu'une femme exprime ses peurs ou ses phobies. Il est donc possible de supposer que les hommes n'éprouvent pas nécessairement moins de peurs ou de phobies, mais qu'ils les endurent ou y font face sans en parler, peut-être parce qu'ils croient que demander de l'aide est un signe de faiblesse, ou alors qu'ils les évitent davantage (Anthony et Barlow, 2002). Bien que les peurs soient fréquentes dans la population en général, elles n'entraînent pas forcément un niveau de détresse assez important pour se voir attribuer un diagnostic de phobie.

Certaines phobies, comme une peur excessive des serpents, des insectes, de l'eau, des animaux, de la foudre, du sang et des injections, reposeraient sur des bases biologiques associées à l'évolution et à la survie de l'espèce. Il existerait donc chez l'être humain des prédispositions génétiques et innées à craindre les stimuli susceptibles de représenter un danger pour sa survie (Leahy et Holland, 2000).

Les phobies spécifiques apparaissent habituellement durant l'enfance ou au début de l'adolescence (Chapman, 1997). Cependant, certains facteurs psychosociaux prédisposent à souffrir d'une phobie, comme un événement traumatique (être attaqué par un animal ou bloqué dans un ascenseur, par exemple), ou d'une attaque de panique soudaine en présence d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation particulière. L'observation de la crainte chez une autre personne (par exemple, être témoin de sa frayeur des hauteurs) ou encore la transmission d'informations par d'autres (des consignes parentales répétées à propos de stimuli dangereux, la couverture médiatique d'événements tel un accident d'avion, etc.) sont d'autres facteurs susceptibles de déclencher des phobies (APA, 2015; Leahy et Holland, 2000).

Selon l'approche comportementale, une phobie s'installe sous l'effet d'un conditionnement classique, opérant ou par l'apprentissage par observation. Autrement dit, le fait d'observer une autre personne en train de vivre une expérience traumatisante



La Tour CN de Toronto offre la possibilité de marcher à une altitude de 342 m sur un plancher de verre incassable d'une superficie de 256 pi² qui donne des frissons, même aux plus audacieux et téméraires. Il n'est pas rare que les gens aient peur de traverser cette surface transparente et constatent que le corps réagit à une menace potentielle. Toujours du haut de la même tour, à 356 m d'altitude, on peut faire la plus haute promenade mains libres au monde sur un plancher de 1,5 m. Cette ballade permet de faire le tour de l'observatoire.

EXERCICE 6.1 | Les phobies spécifiques

Associez chacun des cas à l'un des types de phobies suivants :

- | | |
|--|--|
| A Le type animal | D Le type environnement naturel |
| B Le type situationnel | E Le type autre |
| C Le type sang-injection-accident | |

- Véronique ne va plus skier. Elle refuse d'utiliser le télésiège en raison de sa peur des hauteurs.
- Jérôme s'évanouit à la vue du sang. Il est terrifié à l'idée d'assister à l'accouchement de sa conjointe et refuse d'y être présent.

- Léanne emprunte toujours les escaliers et refuse catégoriquement de prendre les ascenseurs. Elle en a une peur bleue.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

ou une peur intense peut suffire pour faire apparaître une phobie, telle la phobie du dentiste (Öst, 1985). La phobie persiste ensuite par évitement. L'évitement est un renforcement négatif parce qu'il permet de réduire (d'où le terme « négatif ») les stimuli désagréables de la peur, de la détresse et de l'anxiété, ce qui augmente les probabilités que la personne évite à nouveau la situation phobogène (Mowrer, 1947).

En psychanalyse, on croit que les phobies sont liées à des conflits refoulés dans l'inconscient. Des événements vécus durant l'enfance seraient liés dans l'imaginaire de la personne aux stimulus phobogènes. Par exemple, un individu peut avoir la phobie du sang parce que symboliquement, le sang le ramène inconsciemment à des souvenirs de maltraitance. La colère face à l'agresseur (pulsion agressive) est refoulée, mais exprimée autrement au moyen de la phobie, qui canalise la détresse ressentie. Ainsi, différents facteurs biopsychosociaux apportent un éclairage sur l'apparition des phobies.

6.6 L'anxiété sociale (phobie sociale)

Comme son nom l'indique, l'anxiété sociale fait référence aux situations sociales. (Dans le *DSM-IV* [APA, 2003], on y référerait comme étant la phobie sociale.) Qui n'a pas déjà ressenti un malaise, une appréhension, voire de la panique ou de l'anxiété avant de présenter un exposé oral ou de passer une entrevue d'embauche ? Être nerveux avant de se produire en public ou de subir une évaluation est tout à fait normal. Mais qu'arrive-t-il lorsque l'anxiété prend le dessus et paralyse complètement l'individu lorsque celui-ci doit affronter le regard des autres ? Examinons l'étude de cas ci-dessous.

Étude de CAS

« Et si je faisais une erreur... »

Claudia est étudiante en médecine dentaire et, cette session-ci, elle est appelée à traiter des patients en clinique sous la supervision d'un professeur. Habituellement, Claudia réussit bien ce qu'elle entreprend, mais lorsqu'elle se sent observée, elle perd

tous ses moyens. Durant les traitements, elle a peur de se tromper, elle se sent rougir lorsque des commentaires lui sont adressés, elle transpire et il lui arrive de trembler légèrement tout en ayant envie de pleurer.

Trac

Sensation d'anxiété intense, mais passagère, dans une situation particulière ou à un moment donné.

Timidité

Tendance importante à se tenir à l'écart des autres.

Anxiété sociale

Peur persistante et intense d'être observé ou jugé négativement par autrui ou encore peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante.

6.6.1 Une description clinique de l'anxiété sociale

Avant de définir l'anxiété sociale, il importe de la distinguer du trac et de la timidité. Le **trac** est limité à une situation particulière ou à un moment donné. Une personne qui a le trac éprouve une sensation intense d'anxiété, mais celle-ci est passagère. Le trac se manifeste physiquement, notamment par une accélération du rythme cardiaque. Il n'est pas rare d'entendre des musiciens ou des acteurs réputés avouer qu'ils ont le trac avant d'entrer en scène. La **timidité** se caractérise par une forte tendance à se tenir à l'écart. Dans les situations sociales, les personnes timides ne prennent généralement pas d'initiatives, elles essaient d'éviter de faire des erreurs et tendent à devenir inhibées. Contrairement au trac, qui est ponctuel, la timidité est un trait plus durable et chronique du tempérament. L'**anxiété sociale** représente la peur persistante à l'égard

d'une ou de plusieurs situations sociales ou liées à la performance en public. L'individu éprouve une crainte intense d'être observé ou jugé négativement par autrui ou encore d'agir de façon embarrassante ou humiliante. Les personnes qui souffrent de ce trouble ont souvent l'impression que l'attention est centrée sur elles et que leurs gestes sont scrutés dans les moindres détails par les autres. L'anxiété sociale entraîne donc un degré de souffrance et de gêne beaucoup plus élevé que celui d'une simple timidité excessive.

Lorsqu'elles font face à des situations sociales anxiogènes, les personnes aux prises avec de l'anxiété sociale ressentent des symptômes physiques d'anxiété qui s'apparentent, dans certains cas, à ceux d'une attaque de panique (palpitations, tremblements, sueurs, bouffées de chaleur, gêne respiratoire, rougeur, tensions musculaires, douleurs à l'estomac, gorge sèche ou maux de tête). La présence de ces symptômes crée un cercle vicieux : plus la personne est anxieuse, plus elle ressent des symptômes physiques et plus elle se préoccupe ensuite du jugement négatif d'autrui à son égard, ce qui accroît ses sensations de malaise et d'anxiété. Certaines évitent les situations anxiogènes afin de fuir la gêne occasionnée (APA, 2015 ; Barlow, Durand et Stewart, 2009 ; Leahy et Holland, 2000). Les critères diagnostiques de l'anxiété sociale sont présentés dans l'encadré 6.5.

ENCADRÉ 6.5 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour l'anxiété sociale (phobie sociale)

- A** Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

N.B. : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

- B** La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

- C** Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

- D** Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.

- E** La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

- F** La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

- G** La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Quand ils sont seuls, les anxieux sociaux n'éprouvent aucun problème. Leur comportement est affecté uniquement lorsqu'ils sont en présence d'au moins une personne et qu'ils craignent d'être jugés négativement. De plus, ils sont capables d'interagir socialement, mais ils ont tendance à se centrer sur la possibilité d'être embarrassés ou humiliés et ils deviennent anxieux dès qu'ils doivent faire bonne figure devant autrui (Barlow, Durand et Stewart, 2009).

Typiquement, les personnes aux prises avec de l'anxiété sociale redoutent quatre types de situations: 1) celles qui sont liées au fait d'exceller sous le regard des autres; 2) les situations comportant des discussions ou des échanges informels, surtout avec des étrangers; 3) les situations d'affirmation de soi; 4) les situations où les gestes quotidiens sont observés par autrui. Lorsqu'une personne aux prises avec de l'anxiété sociale doit se produire devant autrui, elle veut montrer sa compétence mais craint d'échouer, comme dans le cas d'un exposé oral, au moment de prendre la parole dans une réunion, à l'occasion d'une entrevue d'embauche, etc. Les situations comportant des discussions ou des échanges informels sont celles où la personne est appelée à parler d'elle-même et où elle s'efforce de dire des choses intéressantes, par exemple lorsqu'elle doit faire la connaissance d'une nouvelle personne, avouer son intérêt pour quelqu'un ou parler avec un voisin. On associe ces situations à une peur de l'intimité. Les situations qui demandent de s'affirmer amènent l'individu à exprimer son point de vue et à défendre ses intérêts; il peut s'agir de demander un service, de faire une critique ou de manifester son désaccord. Enfin, les situations où des gestes quotidiens sont observés (par exemple, utiliser

EXERCICE 6.2 | Les troubles anxieux

Associez chacun des cas à l'un des troubles suivants :

- | | |
|---|--------------------------------|
| A La phobie spécifique | D L'anxiété généralisée |
| B L'anxiété sociale (phobie sociale) | E Le trouble panique |
| C L'agoraphobie | |

- | | |
|---|--|
| <p>1. Chaque fois qu'Alain doit faire un exposé oral, il est paralysé et a l'estomac noué parce qu'il a peur que ses collègues le trouvent ridicule. Sachant que la plupart du temps, ce type d'évaluation ne représente que 10 ou 20% de la note finale du cours, il choisit de ne pas faire l'exposé.</p> <p>2. Jean est travailleur autonome à la maison. Il a choisi ce type de travail parce qu'il déteste sortir de chez lui. Dès qu'il prend un moyen de transport ou qu'il entre dans un magasin, il transpire, tremble, a les jambes molles et respire avec difficulté.</p> <p>3. Monique écoute paisiblement la télévision. C'est alors qu'elle aperçoit une araignée qui monte sur sa main. Elle se lève d'un bond, prise de panique, en hurlant à son conjoint de venir l'aider. Elle raconte ensuite qu'elle a horreur des araignées</p> | <p>et que juste le fait de penser à cette bestiole qui montait sur elle lui donne des frissons.</p> <p>4. Brigitte attend les résultats d'un examen médical. Elle tolère mal le doute : elle imagine tout de suite le pire scénario, cherche en vain la réassurance et présente plusieurs symptômes d'anxiété.</p> <p>5. Marie affirme être victime de « crises de nerfs ». Sans savoir pourquoi, il lui arrive de croire qu'elle perd le contrôle et que son corps s'emballe. Elle se sent étourdie, a des sueurs froides, ne sent plus ses membres et elle est convaincue que son cœur va exploser. Même si la crise est de courte durée, Marie reste craintive et essaie d'être prudente afin d'éviter l'apparition de ces crises, sans savoir exactement comment y arriver.</p> <p><i>Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.</i></p> |
|---|--|

les toilettes publiques, conduire, marcher, manger, travailler en étant observé par une autre personne) renvoient à la peur du regard des autres. L'individu se préoccupe de paraître ou d'être naturel ou à l'aise (André et Légeron, 2003).

6.6.2 La prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété sociale

Selon le *DSM-5*, environ 7 % de la population serait aux prises avec de l'anxiété sociale. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (APA, 2015; Leahy et Holland, 2000; Offord *et al.*, 1996).

En général, l'anxiété sociale apparaît entre l'âge de 10 et 20 ans, et elle est moins fréquente par la suite. Bien que des éléments de timidité ou d'inhibition soient parfois présents durant l'enfance et soient possiblement déterminés par des facteurs génétiques, le milieu familial en influence l'apparition et le développement. Les enfants dont les parents sont inhibés, timides ou anxieux socialement ont tendance à adopter ces mêmes comportements. Des attentes parentales élevées envers l'enfant en ce qui concerne la performance (par exemple, réussir parfaitement à l'école ou dans d'autres activités), une éducation stricte et rigoureuse ainsi que l'apprentissage de certaines lignes de conduite (ne pas déranger les autres, se préoccuper de ce que les autres pensent, toujours dire oui pour éviter les conflits et être gentil, etc.) contribuent à l'apparition de l'anxiété sociale (André et Légeron, 2003). D'autres facteurs psychosociaux prédisposent à l'anxiété sociale, comme un événement traumatique (subir de l'intimidation, être humilié, ridiculisé, etc.) ou une attaque de panique soudaine lors d'une activité effectuée en public. Comme c'est le cas pour les phobies spécifiques, des principes de conditionnement classique et opérant sont en jeu, de même que l'apprentissage par observation. Enfin, comme pour la plupart des autres troubles mentaux, une enfance marquée par la maltraitance et des difficultés psychosociales sont aussi des facteurs de risque.

Certaines personnes aux prises avec de l'anxiété sociale sont maladroitement sur le plan des habiletés sociales. Ainsi, elles peuvent éprouver des sentiments de rejet, de solitude, d'incompréhension ou de frustration parce qu'elles n'arrivent pas à établir des relations satisfaisantes. Les phobiques sociaux qui ne présentent pas de déficit relativement à leurs habiletés sociales éprouvent plutôt une anxiété qui les empêche de les utiliser adéquatement.

Des facteurs sociologiques et culturels sont à prendre en considération en ce qui a trait à l'anxiété sociale. Les attitudes des individus varient selon le milieu culturel et l'époque. Ainsi, les Japonais et les Allemands comptent dans leur population une plus grande proportion de personnes timides (Zimbardo, 1977). Au Japon, en Chine et en Corée, *taijin kyofusho* signifie la honte et la crainte extrêmes ressenties à l'idée d'offenser autrui, que ce soit par ses odeurs corporelles (comme la transpiration ou des flatulences), ses attitudes (par exemple, regarder quelqu'un dans les yeux ou faire un sourire déplacé) ou son rougissement. Toutefois, contrairement à l'anxiété sociale, où la crainte de se sentir gêné ou embarrassé est au premier plan, c'est la crainte de gêner les autres qui prime dans le *taijin kyofusho* (APA, 2015; André et Légeron, 2003).

6.7 Les traitements des troubles anxieux

Il existe de nombreuses formes de traitement pour diminuer, voire faire disparaître, les symptômes des troubles anxieux.

6.7.1 Le traitement pharmacologique des troubles anxieux

Benzodiazépines

Famille d'anxiolytique prescrit principalement dans le traitement aigu du stress et des états anxieux.

Les antidépresseurs sont souvent utilisés pour traiter les troubles anxieux, car ils agissent non seulement sur l'humeur, mais également sur l'anxiété. Selon les lignes directrices canadiennes, les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) sont les traitements de choix pour l'ensemble des troubles anxieux. Un traitement en deux temps est maintenant privilégié: un traitement aigu est amorcé avec les **benzodiazépines** (qui calment l'anxiété sur-le-champ) et est accompagné d'un traitement à long terme avec les ISRS ou les IRSN.

Les inconvénients des ISRS et des IRSN sont énumérés au chapitre 4 et sont les mêmes pour le traitement des troubles anxieux. Pour leur part, les benzodiazépines sont utilisées pour soulager les symptômes de la plupart des troubles anxieux ainsi que de l'insomnie. Leur mécanisme d'action est basé sur l'optimisation de l'effet d'un neurotransmetteur, le GABA, dans le cerveau des gens anxieux. Ce mécanisme d'action ressemble d'ailleurs à celui de l'alcool. Malgré leur efficacité, les benzodiazépines sont susceptibles de créer une dépendance physique et psychologique, ce qui complique l'arrêt du traitement pharmacologique (Ahmed, Westra et Stewart, 2008 ; Noyes *et al.*, 1991 ; Plamondon, Gilbert et Savard, 2000 ; Rickels *et al.*, 1990 ; Westra et Stewart, 1998). Les recherches donnent à penser qu'un traitement pharmacologique semble plus efficace s'il est accompagné d'un traitement en psychothérapie, notamment si celui-ci fait appel à l'approche cognitive comportementale.

6.7.2 Le traitement psychologique des troubles anxieux

De façon générale, les psychothérapies s'avèrent particulièrement efficaces dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont pour but de fournir de l'information à l'individu à propos de ses symptômes et de leurs conséquences. Elles permettent aussi de mieux comprendre la nature et les mécanismes du trouble en question, par exemple le rôle de l'évitement dans la persistance du trouble (Leahy et Holland, 2000 ; Marchand et Letarte, 2004). La compréhension de ces éléments est un facteur important du traitement, puisque le fait de bien comprendre une situation favorise le changement. On cherche notamment à démystifier les symptômes physiques.

Désensibilisation systématique

Traitement psychologique qui consiste à affronter graduellement les situations anxiogènes.

Le traitement psychologique des troubles anxieux selon l'approche cognitive comportementale prévoit une **désensibilisation systématique** par l'exposition graduelle et prolongée aux situations anxiogènes que l'individu évite. Dans un premier temps, l'exposition consiste à établir une hiérarchie de ces situations, de la moins anxiogène à la plus anxiogène. Par la suite, l'individu affronte la situation qui suscite le moins d'anxiété dans le but d'apprendre à tolérer l'anxiété. Pour que l'exposition soit efficace, l'individu doit demeurer

assez longtemps dans la situation pour que l'anxiété puisse s'accroître et ensuite diminuer de façon significative, et ce, afin de développer une habituation et de rendre ainsi l'anxiété tolérable (Leahy et Holland, 2000; Marchand et Letarte, 2004). Lorsqu'une étape de la hiérarchie est franchie, c'est-à-dire que la situation ou l'objet phobogène ne provoque pas suffisamment d'anxiété, l'individu peut passer à l'étape suivante. Durant les séances d'exposition, en plus d'un travail de restructuration cognitive, des exercices de relaxation ou de respiration peuvent être utiles. Dans le cas des phobies du type sang-injection-accident, les exercices d'exposition requièrent de conserver la tension de différents muscles afin de maintenir la pression artérielle et ainsi éviter une réponse vasovagale (perte de conscience) (Öst et Sterner, 1987).

EN RELIEF

La thérapie d'acceptation et d'engagement

Par Frédérick Dionne, Ph. D., psychologue

Les thérapies basées sur l'approche cognitive comportementale (TCC) sont en constante évolution. Selon certains théoriciens et chercheurs, le développement des TCC a connu trois vagues successives. Ainsi, de 1950 à 1970, les thérapies ont tenu principalement compte des comportements; de 1970 à 1990, elles ont visé à modifier les pensées ou cognitions; et, depuis 1990, elles favorisent l'acceptation des émotions. Les thérapies de la troisième vague, aussi appelées thérapies contextuelles, traitent de thèmes nouveaux comme l'acceptation, les valeurs, l'action, la compassion envers soi-même et le contact avec l'instant présent. Ces approches utilisent des méthodes de la psychologie orientale comme la méditation en pleine conscience (*mindfulness*) et s'inspirent d'autres orientations thérapeutiques, avec un souci de validation scientifique propre aux TCC.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* – ACT) est une thérapie contextuelle prédominante. L'ACT s'oppose à l'idée véhiculée par la culture populaire selon laquelle la souffrance ou la présence d'un trouble psychologique est anormale. Suivant cette approche, le fait de vivre des émotions douloureuses est inévitable, et ce sont davantage les efforts pour les contrôler qui font souffrir. Le problème survient lorsque les émotions et les pensées de la personne l'empêchent de poursuivre ses objectifs de vie, de sorte qu'elle n'agit pas en conformité avec ce qu'elle considère comme important.

L'ACT vise à améliorer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité d'être en contact avec le moment présent en toute conscience, d'accepter pleinement ses pensées, sensations et émotions, et d'agir conformément à ses valeurs personnelles. Au fil des séances, à l'aide de métaphores et d'exercices à la maison, les clients découvrent leurs valeurs personnelles. Ils apprennent à faire une plus grande



Frédérick Dionne est le directeur fondateur de l'Institut de formation en thérapie cognitive comportementale. Il se spécialise dans le traitement des troubles anxieux et de l'humeur, de la douleur chronique et des difficultés interpersonnelles.

place à leurs émotions tout en se détachant de leurs pensées nuisibles. Ainsi, ils sont en mesure d'agir plus librement et efficacement à l'égard de ce qui a une réelle signification pour eux.

L'ACT joue un rôle efficace dans le traitement de la douleur chronique, de la dépression et de l'abus de substances, entre autres. Elle a également prouvé ses bienfaits dans le traitement de l'anxiété généralisée, de l'anxiété sociale et du trouble obsessionnel-compulsif, ainsi que pour le contrôle du poids, la cessation du tabagisme et les symptômes psychotiques. Il sera donc intéressant de suivre l'évolution de cette approche dans les prochaines années (Harris, 2009).

Ce traitement nécessite que l'individu soit accompagné par un professionnel. Les personnes qui amorcent seules une démarche d'exposition ont tendance à mettre les bouchées doubles, c'est-à-dire à faire trop d'exercices et à s'exposer trop rapidement. Les exercices d'exposition deviennent alors trop difficiles à exécuter, et les personnes finissent par éviter les situations anxiogènes, ce qui renforce leur phobie (Barlow, Durand et Stewart, 2009).

On a aussi recours à l'exposition pour apprivoiser les sensations physiques désagréables associées à la panique; on l'appelle alors «exposition aux sensations interoceptives». L'idée est de reproduire les sensations physiques ressenties lors d'une attaque de panique. Par exemple, il est possible de reproduire la sensation d'être étourdi en secouant la tête de chaque côté durant 30 secondes ou en tournant sur place pendant une minute debout ou assis sur une chaise à roulettes. On peut aussi reproduire les palpitations cardiaques en montant et descendant un escalier rapidement durant une minute (Marchand et Letarte, 2004).

Les nouvelles technologies ont permis d'élaborer de nouvelles façons de procéder pour traiter les phobies. La réalité virtuelle a fait l'objet de plusieurs études (Robillard *et al.*, 2003) et s'est avérée efficace dans le traitement de la phobie des hauteurs, des araignées, de la peur de voler et des espaces clos, ainsi que de l'anxiété sociale, dont la peur de parler en public (Botella *et al.* 2004; Da Costa, Sardinha et Nardi, 2008; Emmelkamp *et al.*, 2002; Garcia-Palacios *et al.*, 2002; Klinger *et al.*, 2005; Légeron *et al.*, 2003; Robillard *et al.*, 2010; Rothbaum *et al.*, 1996). La réalité virtuelle offre donc un moyen de plus au traitement des phobies.

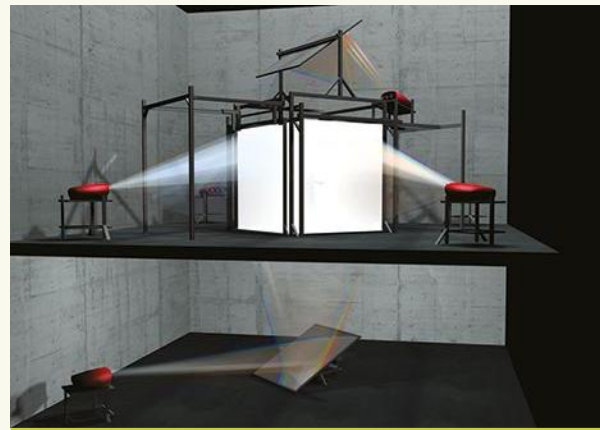
EN RELIEF

La réalité virtuelle en psychothérapie

Stéphane Bouchard, professeur et chercheur à l'Université du Québec en Outaouais, s'est intéressé à la réalité virtuelle et à la cyberpsychologie. Il codirige le laboratoire de cyberpsychologie de cette même université. Ce laboratoire est doté d'une voûte immersive à six faces dénommée Psyché, entièrement dédiée à la psychologie clinique. Comment fonctionne-t-elle? Un environnement virtuel est projeté sur les six faces (les quatre murs, le plancher et le plafond), et l'individu se place debout, au centre de la voûte, en portant des lunettes 3D, ce qui permet une immersion virtuelle complète (Robillard, St-Jacques et Bouchard, 2011). Les scènes virtuelles peuvent donc être modifiées et adaptées en fonction des besoins particuliers du traitement appliqué. Par exemple, on peut présenter des araignées, demander à la personne de prendre place dans un avion ou au sommet d'une montagne pour traiter des phobies spécifiques.

Les traitements recourant au processus de réalité virtuelle, que ce soit par l'utilisation d'un casque immersif, d'une voûte immersive ou même d'un simple écran d'ordinateur, s'ajoutent maintenant aux stratégies d'exposition conventionnelles et offrent des avenues fort

prometteuses. On peut donc facilement prévoir que la réalité augmentée, qui consiste à superposer de façon réaliste des objets virtuels à des séquences d'images réelles, sera également utilisée pour les futurs traitements par exposition.



La voûte immersive permet à l'individu de faire face virtuellement aux situations ou aux objets anxiogènes afin d'apprendre à surmonter sa phobie dans le cadre d'une thérapie.

L'exposition favorise un travail cognitif en mettant à l'épreuve les pensées de l'individu. La restructuration cognitive permet d'apprendre à se parler autrement en reconsidérant les erreurs d'interprétation, aussi appelées distorsions cognitives. Prenons l'exemple d'une personne qui évite systématiquement de poser une question en classe par crainte du jugement négatif d'autrui (elle peut se dire qu'on va la trouver ridicule, ignorante, ennuyante, etc.) et qui se donne comme objectif de poser une question durant chaque cours. Après quelque temps, la personne fait face à ses craintes initiales en se questionnant et en s'appuyant sur ses observations: «Que s'est-il réellement passé lorsque j'ai posé mes questions? Et lorsqu'une autre personne intervient en classe, est-ce que je la trouve ridicule, ignorante, stupide? Quels indices réels me permettent de conclure que les autres me jugent négativement? Est-il possible que certains aient trouvé mes questions pertinentes?» Il existe diverses techniques et stratégies permettant un travail cognitif pour modifier les interprétations liées aux situations anxiogènes.

Les relations interpersonnelles sont souvent source de conflits ou d'anxiété chez les personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée ou d'anxiété sociale. Le traitement de ces troubles prévoit un entraînement aux habiletés sociales et la mise en place de stratégies d'affirmation de soi, de communication efficace et de gestion des conflits. Ainsi, l'individu peut apprendre des stratégies de base telles que le fait de maintenir un contact visuel adéquat, de poser des questions et de pratiquer une écoute active. D'autres stratégies plus complexes peuvent aussi être enseignées, comme apprendre à passer une entrevue d'embauche ou à maintenir une amitié. Les stratégies d'affirmation de soi permettent à la personne d'exprimer adéquatement ses désirs et ses besoins tout en respectant l'autre. Elle peut alors apprendre à formuler et à refuser des demandes, à réfuter des critiques, ou encore à faire ou à accepter des compliments (Alberti et Emmons, 1992; Boisvert et Beaudry, 1991; D'Ansembourg, 2001; Gabor, 2007; Rosenberg, 2005). Les habiletés sociales et les stratégies d'affirmation de soi, de communication et de gestion de conflits peuvent se pratiquer en psychothérapie au moyen de jeux de rôles avec le thérapeute ou, dans le cas des psychothérapies de groupe, avec les autres participants sous la supervision du thérapeute pour la réinterprétation des erreurs cognitives (Heimberg *et al.*, 1990; Turk, Heimberg et Hope, 2001). La psychothérapie de groupe pour traiter l'anxiété sociale s'avère très pertinente. D'une part, elle permet aux personnes phobiques de constater que d'autres vivent des difficultés semblables aux leurs, ce qui les fait sortir de l'isolement; d'autre part, elle offre du soutien social. Le fait d'être en groupe est thérapeutique en soi.

La psychothérapie psychodynamique focalisée sur la panique est un traitement qui repose sur des concepts psychanalytiques, notamment le transfert et les mécanismes de défense. On l'utilise pour découvrir les véritables significations inconscientes des symptômes de panique (souvent liées à des impressions d'abandon par des parents perçus comme étant inadéquats) et pour pouvoir ensuite acquérir des stratégies plus efficaces qui permettent d'affronter les émotions douloureuses et ainsi de réduire les symptômes (Currat et Despland, 2004).

6.7.3 Le traitement combiné des troubles anxieux

Une vaste étude subventionnée par l'Institut national américain de la santé mentale, en 2000, a porté sur les traitements psychologiques, les traitements pharmacologiques et les traitements combinés (psychologiques et pharmacologiques). L'étude a été menée auprès de 312 patients souffrant d'un trouble panique sans qu'eux-mêmes ni ceux qui les évaluaient ne sachent quel traitement était attribué aux patients. Cinq traitements différents étaient possibles: un traitement psychologique (une psychothérapie d'approche cognitive comportementale), un traitement pharmacologique (un antidépresseur tricyclique, en l'occurrence, l'imipramine), un traitement combiné (l'imipramine et une psychothérapie d'approche cognitive comportementale), un placebo ainsi qu'une combinaison d'un placebo et d'un traitement psychologique (psychothérapie d'approche cognitive comportementale). Les conclusions de cette étude ont montré qu'après trois mois d'expérimentation, tous les groupes ayant reçu un traitement ont significativement obtenu de meilleurs résultats que les groupes ayant reçu un placebo. Les patients qui n'ont reçu que la médication ont obtenu des résultats légèrement supérieurs à ceux qui n'ont reçu que le traitement psychologique. De plus, le traitement combiné ne s'est pas avéré meilleur que les traitements individuels. Cependant, les résultats ont également montré que six mois après la fin du traitement, l'état des patients ayant reçu une médication seule ou combinée avec la psychothérapie s'était légèrement détérioré, tandis que ceux qui avaient reçu le traitement psychologique avaient maintenu leurs acquis. Cette étude a donc permis d'émettre la recommandation selon laquelle il est préférable d'utiliser d'abord le traitement le moins intrusif. Ainsi, le traitement psychologique devrait être proposé initialement. Dans la mesure où une psychothérapie n'est pas disponible ou est inefficace, la médication serait à considérer (Barlow *et al.*, 2000).

RÉSUMÉ



Fiche de révision

Le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse et la panique

- Le stress est une réaction réflexe de l'organisme, autant physiologique que psychologique, qui se produit dans une situation nécessitant une adaptation.
- La peur consiste en une émotion que l'individu éprouve face à un danger imminent. Ses caractéristiques sont une tendance à des réactions d'évitement et l'activation du système nerveux sympathique. En revanche, une phobie est une peur irrationnelle d'une situation qui, objectivement, est sans danger.
- L'anxiété est un état associé à une humeur négative; elle s'exprime sous la forme de symptômes physiques et de l'appréhension de l'avenir.
- L'angoisse est une forme plus sévère d'anxiété liée à une impression d'impuissance et à de l'inquiétude vis-à-vis de ses capacités à surmonter une situation.
- La panique est une peur très intense qui s'installe en quelques minutes, entraînant des réactions physiologiques désagréables (palpitations, sueurs, tremblements, nausées, etc.).

- L'attaque de panique recoupe la définition de la panique et elle est une spécification en santé mentale souvent associée à des diagnostics comme le trouble panique, l'agoraphobie, la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique, etc.).

Le trouble panique

- Le trouble panique est la survenue d'attaques de panique récurrentes et inattendues. Sur le moment, ces attaques provoquent une peur intense et, par la suite, une crainte de subir d'autres attaques et les conséquences désagréables qui les accompagnent.
- Des vulnérabilités biologiques et psychologiques prédisposent à l'apparition du trouble. Le trouble panique se traite par la médication et la psychothérapie. Celle-ci comprend l'exposition aux situations évitées et aux sensations physiques désagréables associées à la panique, la relaxation, la détente et la restructuration cognitive.

L'agoraphobie

- L'agoraphobie est une anxiété ressentie à l'idée de se trouver soit dans des endroits ou des situations d'où on pourrait avoir du mal à s'échapper, soit dans des situations où il serait difficile d'obtenir de l'aide en cas de panique. Cette anxiété mène généralement à l'évitement de plusieurs situations, comme être seul en dehors de son domicile, utiliser un moyen de transport, se trouver dans un espace ouvert, être dans une foule ou dans un espace clos.

L'anxiété généralisée

- La personne souffrant d'anxiété généralisée ressent de l'inquiétude et de l'appréhension, et ce, de manière persistante et incontrôlable. Cette anxiété peut se manifester dans le contexte d'événements ou d'activités. Les relations, le travail, la famille, l'avenir, l'argent ou la santé sont souvent des thèmes liés à l'inquiétude. On sait que l'intolérance à l'incertitude est une composante centrale de l'apparition des inquiétudes.
- Les inquiétudes peuvent concerner des situations réelles ou éventuelles. Dans le premier cas, les problèmes sont actuels ou font partie d'un passé récent. Toutefois, ce sont les conséquences futures qui sont appréhendées. Dans le deuxième cas, le trouble est associé à des problèmes qui ne se posent pas encore.
- Le traitement psychologique de ce trouble prévoit une exposition aux situations qui engendrent de l'incertitude.

Les phobies spécifiques

- La phobie spécifique est une peur irrationnelle d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation spécifique qui interfère fortement avec le fonctionnement général de l'individu. Il peut s'agir de la peur des hauteurs, des espaces clos, des insectes, des serpents, de l'avion, etc.

- Les facteurs qui peuvent prédisposer à l'apparition d'une phobie sont les traumatismes, les attaques de panique inattendues, l'observation de la crainte chez d'autres ou la transmission d'informations par d'autres personnes à propos de dangers potentiels.
- Le traitement psychologique des phobies spécifiques s'effectue habituellement à l'aide de stratégies d'exposition graduelle et prolongée.

L'anxiété sociale (phobie sociale)

- L'anxiété sociale est une peur persistante de situations sociales ou liées à la performance (par exemple, parler en public, manger avec d'autres, aller aux toilettes sous le regard des autres, etc.). La personne craint le jugement négatif d'autrui ou d'être humiliée ou embarrassée.
- Le traitement psychologique de l'anxiété sociale comprend notamment l'exposition aux situations redoutées et la mise en place de jeux de rôles pour pratiquer les habiletés sociales.

Les traitements des troubles anxieux

- Le traitement psychologique devrait être proposé initialement à une personne aux prises avec un trouble anxieux. Dans la mesure où une psychothérapie n'est pas disponible ou est inefficace, la médication peut être considérée.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association canadienne des troubles anxieux (ACTA)

www.anxietycanada.ca/french/index.php

Association canadienne pour la santé mentale

www.cmha.ca/fr

Association/Troubles de l'Humeur et d'Anxiété au Québec

www.ataq.org

Essence: ateliers de méditation pleine conscience

Douze ateliers de méditation pour cultiver une pleine conscience adaptés des approches *Mindfulness-Based Stress Reduction* par Hugues Cormier, professeur au Département

de psychiatrie de l'Université de Montréal medecine.umontreal.ca/communaute/les-etudiants/bureau-des-affaires-etudiantes-vie-facultaire-et-equilibre-de-vie/essence/

Icotop et Télé-Québec. (2004). *L'anxiété généralisée*. Série Oppression. cve.grics.qc.ca/fr/2289/4446

Icotop et Télé-Québec. (2004). *Le trouble panique avec agoraphobie*. Série Oppression. grics.qc.ca/fr/2289/4441

Icotop et Télé-Québec. (2004). *Les phobies spécifiques et sociales*. Série Oppression. cve.grics.qc.ca/fr/2289/4444

Phobies Zéro

www.phobies-zero.qc.ca

Pixcom. (2014). *L'anxiété, le mal de la décennie*. Émission Le code Chastenay. cve.grics.qc.ca/fr/1175/42083

Pixcom. (2014). *L'anxiété, le mal de la décennie*. Émission Le code Chastenay. cve.grics.qc.ca/fr/1175/42083

Revivre

Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires www.revivre.org

LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Par Luce Marinier et Marie-Anne Sergerie

PLAN DU CHAPITRE

- 7.1 Une description clinique
du trouble stress post-traumatique 192
- 7.2 La prévalence du trouble
stress post-traumatique 196
- 7.3 Les facteurs de risque liés
au trouble stress post-traumatique 197
- 7.4 La prévention et les traitements
du trouble stress post-traumatique 198



Notre monde a connu de nombreux événements violents et dangereux. Pensons aux attentats terroristes du 11 septembre 2001, qui ont fait 2 992 victimes, ou au tremblement de terre en Haïti, en janvier 2010, qui a dévasté le pays et tué entre 150 000 et 200 000 personnes. Outre les actes terroristes et les catastrophes naturelles, on ne peut oublier les nombreuses guerres dans le monde ou ignorer les agressions physiques, psychologiques et sexuelles dont souffrent des millions d'enfants et d'adultes. Ces événements dramatiques peuvent entraîner de graves blessures psychiques chez certaines personnes et affecteront du même coup leur santé mentale.

Étude de CAS

« Et si j'étais revenue plus tôt... »

Julie, 22 ans, est étudiante en architecture et travaille dans un restaurant quelques soirs par semaine. Un soir, son patron lui demande de prolonger son quart de travail. Julie accepte volontiers. Au retour à la maison en fin de soirée, Julie est agressée par un inconnu qui l'entraîne dans une ruelle à la sortie du métro. Elle confie qu'elle a eu peur de mourir, qu'elle s'est sentie complètement impuissante et qu'elle a figé sur place. Elle ajoute que depuis l'événement, survenu il y a deux mois, elle fait souvent des cauchemars en plus d'avoir des rappels d'images (*flashbacks*) de l'événement. Elle se met facilement en colère, elle a de la difficulté à dormir et à se concentrer. Elle a également du mal à ressentir de l'amour pour l'homme avec qui elle vit en couple depuis deux ans. Lorsqu'on lui parle de l'agression, elle change rapidement de sujet. Julie n'a pas repris le métro depuis l'événement. Elle se dit que, si elle avait refusé de faire des heures supplémentaires, elle n'aurait jamais subi cette agression. De plus, elle se trouve lâche et faible parce qu'elle n'a rien fait pour se défendre.

7.1 Une description clinique du trouble stress post-traumatique

Trouble stress post-traumatique (TSPT)

Symptômes survenant après l'exposition à un facteur de stress traumatique.

Événement traumatique

Événement comportant un fort risque de mort ou une menace de mort, des blessures graves, ou une menace à l'intégrité physique ou psychologique.

Julie présente des symptômes d'un **trouble stress post-traumatique (TSPT)** (voir l'étude de cas ci-dessus). Depuis quelques années, les conséquences des événements traumatiques sont de plus en plus prises au sérieux. En effet, de manière générale, plus de 60% des gens seront exposés à au moins un **événement traumatique** au cours de leur vie (Galea, Nandi et Vlahov, 2005). Les événements traumatiques les plus courants sont, par ordre d'importance: la mort soudaine d'un proche (60% des gens), le fait de subir une agression physique, sexuelle ou armée (38%), être témoin de la mort ou d'une blessure grave d'une autre personne (29%), être victime d'un grave accident de la circulation (28%) et être exposé à un désastre naturel (17%) (Breslau *et al.*, 1998).

Le trouble stress post-traumatique se caractérise par des symptômes survenant après l'exposition à un événement traumatique. L'individu peut avoir vécu directement un événement traumatique, en avoir été témoin ou

apprendre qu'un membre de son entourage en a été victime ou être constamment confronté aux détails qui y sont liés, ce qui a provoqué en lui une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un événement est qualifié de traumatique lorsqu'il comporte un fort risque de mort ou une menace de mort, de graves blessures, ou encore lorsque l'intégrité physique ou psychologique est menacée. Ainsi, un parent peut être aux prises avec un TSPT parce que son enfant a été agressé, tout comme peuvent l'être un ambulancier, un policier ou un enfant-soldat en raison des situations dont ils sont témoins ou des actes qu'ils sont amenés à poser. Les événements traumatiques comprennent notamment les actes de violence interpersonnelle (agressions physiques et sexuelles, viols, vols à main armée, guerres, génocides, séquestrations, torture, maltraitance durant l'enfance, captivité, etc.), les accidents résultant d'une erreur humaine ou technique (les accidents de moyens de transport, les explosions, les incendies, les accidents de travail, les fuites de produits toxiques, etc.) et les catastrophes naturelles (les ouragans, les tsunamis, les tremblements de terre, les feux de forêt, les inondations, les tornades, etc.) (APA, 2015; Brillon, 2010a; 2010b). Les critères diagnostiques du TSPT sont présentés dans l'encadré 7.1 à la page suivante. Il est important de noter que les symptômes peuvent s'exprimer des mois, voire des années, après que l'événement traumatique ait eu lieu. Typiquement, ils se manifestent dans les trois mois qui suivent le trauma (APA, 2015).

Les symptômes ressentis dans le TSPT se divisent en quatre catégories: les **reviviscences**, l'évitement, les perturbations cognitives et de l'humeur et, finalement, l'hyperactivation. Les reviviscences font en sorte que l'événement traumatique est revécu constamment de différentes façons, donnant l'impression qu'il fait encore partie de la réalité. Il peut s'agir de **réminiscences** répétitives et envahissantes se présentant sous forme d'images (*flashbacks*), de rêves désagréables, ou encore de détresse ou de réactions physiques déplaisantes lorsque la personne est en contact avec des éléments associés ou ressemblant à l'événement. L'évitement consiste à éviter de penser et de parler de l'événement traumatique, ainsi qu'à se soustraire aux situations qui éveillent des souvenirs du traumatisme. Il peut s'exprimer par un refus de se souvenir de certains aspects de l'événement et par des efforts pour éviter des personnes, des endroits, des conversations ou des objets qui évoquent le traumatisme. Pour leur part, les perturbations cognitives et de l'humeur peuvent prendre les formes suivantes: l'incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatique, des croyances négatives quant à soi-même et aux autres, une perte d'intérêt pour les activités que l'individu considère comme importantes, un sentiment de détachement des autres, un émoussement des émotions, c'est-à-dire une réduction importante de l'intensité de l'expression des émotions, et une impression que l'avenir est sans issue. Quant à l'hyperactivation, elle se manifeste par des problèmes de sommeil, de l'irritabilité ou de la colère, des difficultés de concentration, de l'hypervigilance et des réactions exagérées, tels les sursauts (APA, 2015). Ces différentes réactions par rapport à un événement traumatique peuvent se présenter chez certaines personnes, mais pour celles chez qui on peut établir un diagnostic de TSPT, l'ampleur et la durée des réactions envahissant la vie quotidienne sont atypiques parce qu'extrêmes.



Le lieutenant-général canadien à la retraite Roméo Dallaire a commandé la Mission des Nations Unies pour l'assistance au Rwanda (MINUAR) visant à maintenir la paix durant le génocide en 1994 qui a fait plus de 800 000 victimes. Il souffre d'un trouble stress post-traumatique depuis son retour du Rwanda et tente de sensibiliser la population à ce syndrome. Il se préoccupe particulièrement de la question des enfants-soldats.

Reviviscence

Impression de revivre une situation antérieure.

Réminiscence

Retour à l'esprit d'un souvenir vague, incomplet ou difficile à localiser.

ENCADRÉ 7.1 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. [...]

- A** Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B** Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs à événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants [...].

3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

- C** Évitement persistant des stimuli associés à un ou à plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou à plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou à plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou à plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux » « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale. [...]

EXERCICE 7.1 | La description clinique du trouble stress post-traumatique

Associez chacun des cas à l'un des concepts suivants :

- A Le trouble stress post-traumatique
- B Un événement traumatique
- C La réminiscence
- D La reviviscence
- E La résilience

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mort, menace de mort, blessures graves ou menace à l'intégrité physique ou psychologique. 2. Différentes façons de revivre un événement traumatique créant l'impression qu'il est encore réel. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Symptômes survenant à la suite d'un événement traumatique. 4. Souvenir vague et incomplet. |
|--|--|

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

7.2 La prévalence du trouble stress post-traumatique

Environ 9 % des Canadiens souffriront d'un TSPT au cours de leur vie (Van Ameringen *et al.*, 2008). De 25 à 35 % des personnes ayant vécu un événement traumatique souffriront ensuite d'un TSPT. Selon l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (s.d.), le taux du TSPT semble plus élevé chez la femme que chez l'homme (femme: 11,3 %, homme: 6 %). Et on constate que les femmes sont environ neuf fois plus à risque de subir de la violence sexuelle, tandis que les accidents de la route et les agressions physiques (bagarres, menaces armées, combats militaires) sont plus fréquents chez les hommes. Les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les soldats sont plus susceptibles d'être exposés à des événements traumatiques et, par conséquent, risquent davantage de souffrir d'un TSPT (Brillon, 2010a).

Un épisode dépressif majeur (ou caractérisé) est présent chez environ 50 % des personnes atteintes d'un TSPT (Brillon, 2010a). De plus, chez les hommes souffrant d'un TSPT, 52 % sont aux prises avec une dépendance à l'alcool et 37 %, avec une dépendance à d'autres substances (par exemple, le cannabis).

Chez les femmes, les taux sont respectivement de 28 % et de 27 % (Kessler *et al.*, 1995). La présence d'un trouble lié à une substance a pour conséquence d'interférer avec le processus qui permet de digérer émotionnellement le traumatisme (Brillon, 2010a). Des troubles anxieux, dépressifs et même psychotiques, de même qu'un risque de suicide plus élevé sont aussi associés au TSPT. Chez les enfants, une régression peut se manifester, notamment par la perte du langage (APA, 2015).

7.3 Les facteurs de risque liés au trouble stress post-traumatique

Il est indéniable que vivre un événement traumatique est difficile et douloureux. Mais comment expliquer que, après avoir vécu le même événement traumatique, certaines personnes ressentent une grande détresse et souffrent d'un TSPT, alors que d'autres présentent peu de symptômes, voire aucun ? Nietzsche disait : « Ce qui ne nous tue pas nous renforce. » Cette affirmation rejoint le concept de résilience, un concept popularisé par Boris Cyrulnik, psychiatre et psychanalyste français. La résilience est la capacité à surmonter les épreuves de la vie. Il s'agit donc de l'aptitude à affronter d'intenses stress et à s'y adapter (Lemay, s.d.).

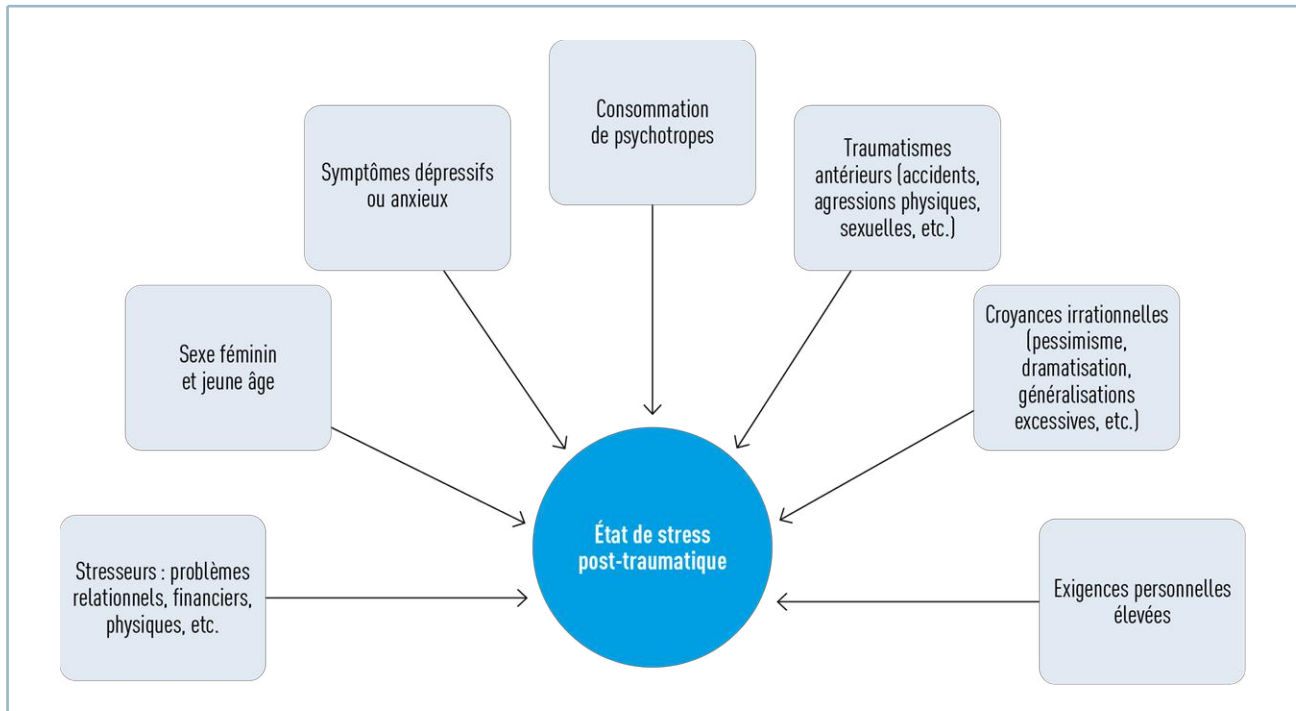
La gravité du traumatisme fait augmenter le risque de souffrir d'un TSPT (Foy, 1992 ; Resnick *et al.*, 1993). Ainsi, les événements traumatiques répétitifs causés intentionnellement par une autre personne et subis durant une longue période de temps, comme la violence conjugale, l'inceste, l'intimidation ou la captivité dans un lieu de détention, sont plus chroniques et entraînent un taux plus élevé de symptômes post-traumatiques comparativement aux catastrophes naturelles.

En effet, les actes interpersonnels violents, par exemple les agressions physiques ou sexuelles, les vols à main armée, les guerres, la séquestration ou la torture, heurtent fortement la conception du monde et de la nature humaine des victimes. Plus précisément, leur confiance en l'être humain est affaiblie, voire perdue. Ces événements traumatiques horribles, imprévisibles et incontrôlables sont susceptibles d'entraîner d'importantes séquelles chez les victimes (Breslau *et al.*, 1991 ; Brillon, 2010a ; Kessler *et al.*, 1995).

Plusieurs facteurs de risque présents avant l'événement traumatique permettent de comprendre pourquoi une personne peut souffrir d'un TSPT (*voir la figure 7.1 à la page suivante*). Sur le plan de la vulnérabilité biologique, le sexe féminin et le jeune âge sont en jeu. On croit aussi que certaines configurations génétiques procureraient une plus grande protection que d'autres (APA, 2015). Divers stressors psychosociaux (problèmes relationnels, financiers, physiques, etc.), des symptômes dépressifs ou anxieux, la consommation de psychotropes, les traumatismes antérieurs (agressions physiques ou sexuelles, accidents, etc.), certaines croyances irrationnelles (pessimisme, dramatisation, généralisations excessives, etc.), ou encore des exigences personnelles élevées semblent aussi être en cause.

D'autres facteurs présents après l'événement peuvent favoriser la persistance et l'aggravation des réactions post-traumatiques (Brillon, 2010b). On peut citer par exemple un faible soutien social, les poursuites judiciaires, le jugement de la société à l'égard du traumatisme, les séquelles physiques, les conséquences négatives sur les relations interpersonnelles de même que sur le travail, ou encore le processus de deuil. Par exemple, à la suite du génocide au Rwanda en 1994, de nombreux corps n'ont pu être retrouvés et cette situation a rendu difficile, voire impossible pour plusieurs proches, de procéder à un rituel funéraire conforme à leurs us et coutumes.

Figure 7.1 Quelques facteurs de risque présents avant l'événement traumatique contribuant à l'apparition du trouble stress post-traumatique



7.4 La prévention et les traitements du trouble stress post-traumatique

Le nombre de personnes touchées par le TSPT et la variété des situations dont il est issu donnent une idée des coûts sociaux qu'il engendre, sans mentionner les conséquences économiques, notamment en matière d'inaptitude au travail. Ce constat justifie largement l'instauration de mesures préventives à l'égard de toutes les formes de violence (individuelles et collectives) et la mise en œuvre d'interventions psychothérapeutiques liées à ce trouble (Kessler, 2000). Ainsi, des politiques de santé publique axées sur la prévention des conflits familiaux et conjugaux, de même que des orientations internationales visant à calmer les conflits politiques, religieux et interethniques sont importantes (OMS, 2014).

Sur les plans individuel et biologique, les mêmes médicaments utilisés dans le traitement des troubles anxieux peuvent être prescrits pour soulager les symptômes du TSPT. Pour les traitements à court terme, il est possible d'utiliser des benzodiazépines pour atténuer les symptômes aigus d'anxiété, mais à long terme, il est préférable de recourir aux antidépresseurs afin de réduire le risque de dépendance. Néanmoins, on ne devrait pas privilégier la pharmacothérapie aux dépens de la psychothérapie; idéalement, ces deux formes de traitement devraient être combinées. La médication est appropriée surtout lorsque la personne n'est pas prête à s'engager dans une psychothérapie, si elle éprouve des problèmes de sommeil ou si la source du traumatisme est encore présente (dans le cas de violence conjugale ou familiale, par exemple) (Guay, 2010).

La psychothérapie permet aux victimes de mieux comprendre leur situation et de normaliser les réactions vécues durant l'événement traumatique. L'entourage des personnes en traitement peut également bénéficier de l'information fournie. Par exemple, les proches doivent être informés des réactions possibles afin d'éviter qu'ils ne blâment la victime pour ses comportements liés à l'événement traumatique (Brillon, 2010a; Dugas, 2004; Ladouceur *et al.*, 2000).

Une autre perspective psychothérapeutique est actuellement étudiée par Alain Brunet, psychologue chercheur à l'Institut Douglas de Montréal. Avec des collaborateurs, il constate l'action favorable d'un médicament, le propranolol, habituellement utilisé pour soigner les maladies cardiaques, qui a aussi des propriétés calmantes. Durant quelques semaines (six environ), le patient est invité à rédiger un compte rendu d'une page de l'événement traumatique après avoir reçu du propranolol. Cela a pour but d'affaiblir la charge émotionnelle du souvenir : la personne se souvient de ce qui lui est arrivé, mais avec un certain détachement, sans revivre les sensations désagréables qu'il accompagnait. Encore au stade expérimental, le traitement permettrait à 7 personnes sur 10 de ne plus souffrir du trouble stress post-traumatique (Brunet *et al.*, 2014).

On a souvent recours aux techniques de thérapie cognitive comportementale pour traiter le TSPT. Par exemple, on met l'accent sur la gestion de l'anxiété, sur l'acquisition de croyances logiques et nuancées plutôt qu'irrationnelles, sur la désensibilisation des réactions anxieuses par l'exposition en imagination ou réelle aux éléments liés au traumatisme, etc.

Vers la fin des années 1980, le traitement d'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing*), mieux connu sous le nom d'EMDR, a été conçu pour traiter le trouble stress post-traumatique (Shapiro, 1989; 1995). Au cours de ce traitement, la personne effectue des mouvements saccadés des yeux en suivant le doigt du thérapeute, tout en se remémorant des images du traumatisme subi. Même après 20 ans d'existence, ce traitement demeure controversé, et son efficacité reste à déterminer (Brillon, 2010a). Des études montrent que l'EMDR réduirait les symptômes post-traumatiques chez certaines victimes (Carlson *et al.*, 1998; Rothbaum, 1997; Wilson, Becker et Tinker, 1995). Toutefois, d'autres soutiennent que le fait de se remémorer des souvenirs ou des images mentales est une forme d'exposition et s'interrogent sur l'efficacité réelle des mouvements oculaires dans la procédure. D'autres études ont aussi montré que le mouvement des yeux n'est pas un élément significatif dans la thérapie, comparativement à d'autres stratégies, comme fixer une lampe, qui donnerait des résultats comparables (Deville, 2002; Devilly et Spence, 1998). L'efficacité de l'EMDR pourrait donc provenir du fait que l'individu s'expose en imagination à des souvenirs douloureux et non de ses mouvements oculaires (Taylor *et al.*, 2003).

Bien que controversé, le traitement d'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (ou EMDR) peut faire partie d'un plan thérapeutique ayant pour but de libérer une personne d'un stress post-traumatique.



Comme nous l'avons présenté au chapitre 6 dans la rubrique intitulée «La réalité virtuelle en psychothérapie» dans le contexte du traitement des phobies (voir la page 186), la voûte immersive élaborée par l'équipe de recherche dirigée par Stéphane Bouchard de l'Université du Québec en Outaouais peut aussi être utilisée dans le traitement du TSPT. On utilise actuellement cette technique pour aider les victimes d'agression sexuelle et d'accidents de voiture à surmonter leur traumatisme (Télé-Québec, 2014).

EN RELIEF

L'intégration neuroémotionnelle dans le traitement du trouble stress post-traumatique

Par Patrick Lascombe, M.A., psychologue

L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing* ou «intégration neuroémotionnelle provoquée par les mouvements oculaires») est une approche thérapeutique visant principalement le traitement- du trouble stress post-traumatique chez l'adulte et chez l'enfant.

Inventée et mise au point par Francine Shapiro vers la fin des années 1980 à San Francisco, l'EMDR a suscité un engouement certain et de nombreuses études, mais aussi la controverse. Ces dernières années, on a vu son champ d'action s'élargir : traitement des troubles anxieux (phobies, attaques de panique, anxiété généralisée), de certains aspects des troubles dépressifs (dysthymie, cauchemars, faible estime de soi, culpabilité, irritation, colère), et des troubles somatiques ou psychosomatiques (effets du stress, obésité, insomnie, difficultés sexuelles, troubles alimentaires, maladies au long cours).

L'EMDR est une approche basée sur l'idée que la plupart des troubles mentaux sont causés par un encodage mal adapté ou incomplet des événements traumatiques. Ainsi, en retraitant les informations d'un viol ou d'un accident, on libère la charge émotionnelle des souvenirs et on permet au cerveau de réorganiser sa mémoire en faisant du même coup disparaître les symptômes souffrants (reviviscences, *flashbacks*, cauchemars, évitement, obsessions, troubles de l'humeur, etc.).

L'EMDR utilise des protocoles standardisés et des techniques qui ont pour but d'activer alternativement les deux hémisphères cérébraux (mouvements des yeux, ou *tapping*, sons, etc.). Sans altération de la conscience comme dans l'hypnose, cette activation permettrait au cerveau de laisser remonter à la conscience des images, des sensations et des pensées qui

seront désensibilisées et retraitées de manière plus adaptative, selon un principe d'action voisin du rêve pendant le sommeil paradoxal, un stade durant lequel on observe les mouvements rapides des yeux.

Le traitement s'élabore autour d'une douzaine de séances, utilisant chaque fois un protocole en huit phases qui a pour but de préciser les cibles à traiter, les croyances associées et les émotions présentes lors de la remémoration de l'événement traumatique. Lors de la phase active du traitement (mouvements oculaires ou *tapping*), on constate souvent des reviviscences qui peuvent provoquer de fortes catharsis (décharges émotionnelles liées à un souvenir traumatique) suivies d'un apaisement parfois soudain et spectaculaire et d'une redéfinition des événements.

Le traitement adaptatif de l'EMDR pourrait faire changer la perception des événements. Ainsi, une personne qui doit de nouveau faire face à des événements passés peut devenir totalement incapable de

ressentir les émotions ou sensations qui la submergeaient auparavant. Elle peut intégrer d'autant plus facilement et spontanément ce qui lui est arrivé dans le passé.

L'efficacité de l'EMDR a surtout été établie à partir de petits échantillons. Lorsqu'on tente de la confirmer avec des méthodes de recherche plus solides, les résultats ne sont pas aussi convaincants. Les mouvements oculaires font particulièrement l'objet de controverses. Certains vont jusqu'à les considérer comme des aspects peu scientifiques (Benault et Larivée, 2005).



Francine Shapiro a inventé et développé l'EMDR vers la fin des années 1980.

EXERCICE 7.2 | La prévalence, les facteurs de risque et les traitements du trouble stress post-traumatique

Vrai ou faux ?

1. Il y a plus de femmes que d'hommes qui souffrent d'un TSPT.
2. Plus une personne est âgée, plus elle risque de souffrir d'un TSPT.
3. Un TSPT peut se manifester des mois après la survenue de l'événement traumatique.
4. Il faut avoir été soi-même menacé dans son intégrité physique ou psychologique pour qu'un TSPT apparaisse.
5. Il est préférable d'opter pour une pharmacothérapie plutôt qu'une psychothérapie pour traiter le TSPT.
6. Le traitement d'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) est un traitement controversé du TSPT.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

RÉSUMÉ

Le trouble stress post-traumatique

- Les symptômes du trouble stress post-traumatique se manifestent à la suite de l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême et se divisent en quatre catégories :
 - 1) les reviviscences, qui consistent à revivre constamment l'événement de différentes façons ;
 - 2) l'évitement, qui peut consister à s'abstenir de penser au traumatisme ou d'en parler ;
 - 3) les perturbations cognitives et de l'humeur, qui s'expriment par l'incapacité à se souvenir d'éléments importants du traumatisme et par des croyances négatives ;
 - 4) l'hyperactivation, qui peut se concrétiser sous différentes formes, par exemple des problèmes de sommeil ou de concentration, de la colère, de l'irritabilité ou des sursauts.
- Les principaux facteurs de risque présents avant l'événement traumatique sont le sexe féminin et le jeune âge, les problèmes relationnels, financiers et physiques, des symptômes dépressifs ou anxieux, la consommation de psychotropes, les traumatismes antérieurs, des croyances irrationnelles ou des exigences personnelles élevées.
- Les facteurs de risque présents après l'événement comptent un faible soutien social, les poursuites judiciaires et criminelles, le jugement de la société à l'égard du traumatisme, les séquelles physiques, les conséquences négatives sur les relations de même que sur le travail, ou encore le processus de deuil.



Fiche de révision

- La pharmacothérapie (hypnotiques et antidépresseurs) peut être utile dans le traitement du TSPT, surtout si la personne est réticente à la psychothérapie, si elle éprouve des problèmes de sommeil ou si la source du traumatisme est encore présente.
- Des techniques de thérapie cognitive comportementale sont souvent employées : gestion de l'anxiété, développement de croyances logiques et nuancées, désensibilisation par l'exposition. Le soutien de l'entourage est aussi préconisé.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association canadienne pour la santé mentale
www.cmha.ca/fr

Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)
www.cavac.qc.ca

Icotop et Télé-Québec. (2004). Le stress post-traumatique. *Oppression*.
cve.griqs.qc.ca/fr/2289/19590

Institut Douglas
www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique

Portail Santé mieux-être du gouvernement du Québec
sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/etat-de-stress-post-traumatique/#aide-et-ressources

Télé-Québec. (2014). Soigner l'état de stress post-traumatique. *Une pilule, une petite granule*.
cve.griqs.qc.ca/fr/1173/43433

LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET QUELQUES TROUBLES APPARENTÉS

Par Luce Marinier et Marie-Anne Sergerie

PLAN DU CHAPITRE

8.1 Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	204
8.1.1 Une description clinique du trouble obsessionnel-compulsif	204
8.1.2 La prévalence et les facteurs de risque liés au trouble obsessionnel-compulsif	207
8.1.3 Les traitements du trouble obsessionnel-compulsif	208
8.2 L'obsession d'une dysmorphie corporelle.....	209
8.2.1 Une description clinique de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	209
8.2.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à l'obsession d'une dysmorphie corporelle	211
8.2.3 Les traitements de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	212
8.3 La thésaurisation pathologique (sylllogomanie) ..	213
8.3.1 Une description clinique de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	213
8.3.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à la thésaurisation pathologique (sylllogomanie) ..	214
8.3.3 Les traitements de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)	215

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les troubles apparentés, comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle et la thésaurisation pathologique (aussi nommée le trouble de l'accumulation compulsive, ou TAC) ont un caractère intrigant et impressionnant. C'est probablement pour cela qu'ils ont inspiré de nombreux scénarios à la télévision (par exemple, les séries *Glee*, *Monk*, *Désordres extrêmes*, version française de *Hoarders*) et au grand écran au cours des dernières années (*Pour le pire et pour le meilleur*, mettant en vedette Jack Nicholson, et *L'aviateur*, avec Leonardo DiCaprio). Ces productions cinématographiques nous aident à comprendre que la souffrance des personnes atteintes de ces troubles est bien réelle.

Étude de CAS

«Ai-je bien verrouillé la porte ?»

Pascale est une femme de 40 ans. Chaque matin, avant de quitter la maison, elle s'astreint à différentes vérifications : elle vérifie que toutes les fenêtres et les robinets sont bien fermés, que toutes les lumières sont éteintes, que la porte du réfrigérateur est fermée. Elle touche également les ronds de la cuisinière pour être certaine qu'ils sont éteints ; elle s'assure que son chat respire et qu'il est donc toujours en vie ; enfin, elle veille à ce que la porte principale soit bien verrouillée. Toutes ces vérifications sont effectuées trois fois, faute de quoi elle reprend chacune des étapes pour être certaine que tout a été fait correctement.

Ainsi, elle peut passer près d'une heure à tout vérifier et revérifier avant de se rendre au travail. Et pourtant, en route pour le travail, le doute s'installe, et Pascale n'est plus sûre de rien... Elle se pose des questions : «Ai-je bien verrouillé la porte en sortant ? Si la porte n'est pas verrouillée, un voleur pourrait entrer chez moi. Et la cuisinière, l'ai-je bien éteinte ?» Les doutes à propos de la cuisinière font surgir des images d'incendie dans son esprit, ce qui la rend très anxieuse. Elle imagine sa maison en feu et son chat prisonnier de ce brasier, brasier dont elle serait totalement responsable en raison de sa perpétuelle négligence...

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Trouble qui se caractérise par la présence d'obsessions ou de compulsions récurrentes qui entravent le fonctionnement général de la personne.

Obsession

Pensée, idée, pulsion, image ou représentation indésirée, dérangeante, envahissante ou intrusive qui viennent à la conscience.

Compulsion

Comportement répété, ritualisé, ou action mentale effectuée pour réduire la détresse, la tension ou le malaise causés par l'obsession ou pour prévenir un événement redouté.

8.1 Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le **trouble obsessionnel-compulsif (TOC)** se caractérise par la présence d'**obsessions** ou de **compulsions** récurrentes qui viennent entraver de façon importante le fonctionnement de la personne. Les obsessions et les compulsions provoquent également un malaise, un sentiment de détresse, de l'anxiété ou une souffrance marquée chez la personne.

8.1.1 Une description clinique du trouble obsessionnel-compulsif

Chez les personnes souffrant d'un TOC, la menace à éviter qui est à l'origine de l'anxiété est une pensée, une image ou une impulsion. Le problème est que la pensée est difficile à éviter : plus une personne tente de ne pas penser à

quelque chose, plus elle risque d'y penser. Les personnes souffrant d'un TOC combattent continuellement leurs pensées, sans succès, ce qui exacerbe leur détresse.

Les obsessions sont des pensées, des idées, des pulsions, des images ou des représentations non désirées, dérangeantes, envahissantes ou intrusives, et qui viennent à la conscience de l'individu. Le contenu des obsessions peut sembler étrange, répugnant ou aller à l'encontre des valeurs de la personne (APA, 2015). Il existe plusieurs types d'obsessions (voir le tableau 8.1).

Une personne ayant des obsessions tente généralement de les ignorer, de les supprimer ou de les neutraliser par une autre pensée ou action, soit une compulsion (APA, 2015). Une compulsion est donc un comportement répété, ritualisé ou une action mentale (par exemple, compter, prier) que la personne adopte ou effectue dans le but de réduire la détresse ou la tension causée par les obsessions ou encore de prévenir un événement redouté. En somme, les compulsions visent à éviter les sensations désagréables et à réduire le sentiment de détresse que provoquent les pensées obsédantes. L'effet de la compulsion, c'est-à-dire la réduction de l'inconfort, est temporaire. Dès que l'obsession revient, la compulsion recommence afin de procurer le soulagement, ce qui contribue malheureusement à maintenir le trouble (Leahy et Holland, 2000). Le tableau 8.2, à la page suivante, décrit les différents types de compulsions.

Les personnes qui craignent la contamination utilisent habituellement les rituels de lavage et de nettoyage afin de se donner un sentiment de contrôle et de sécurité (Leahy et Holland, 2000). Les rituels de vérification visent à prévenir les catastrophes anticipées. De façon générale, les rituels de vérification paraissent logiques et liés à l'obsession, comme le fait de vérifier si la cuisinière est éteinte. Dans d'autres cas, les rituels peuvent être illogiques : par exemple, s'abstenir de marcher sur les lignes du trottoir pour conjurer le mauvais sort ou compter jusqu'à sept avant de répondre au téléphone pour éviter de recevoir une mauvaise nouvelle. Logiques ou pas, ces rituels ont pour fonction



Le film *L'aviateur* (*The Aviator*, 2004) raconte l'histoire d'Howard Hughes, un aviateur, homme d'affaires et producteur de cinéma américain, incarné par Leonardo DiCaprio (ci-dessus). Howard Hughes souffrait d'un grave TOC qui l'a amené à finir ses jours dans l'isolement, par crainte d'être en contact avec des microbes.

Tableau 8.1 Des exemples d'obsessions parmi les plus fréquentes

Type d'obsession	Exemples
Contamination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préoccupations ou dégoût liés aux sécrétions ou aux excréments corporels comme la salive, l'urine ou les selles ▪ Préoccupations associées à la saleté ou aux microbes ▪ Préoccupations liées à l'idée d'être malade en raison de la contamination
Doutes répétés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se demander si on a bien éteint un appareil ou fermé ou verrouillé une porte
Symétrie, exactitude et ordre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de certaines règles strictes dans l'emplacement des objets
Agressivité, horreur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur de se blesser ou de blesser les autres ▪ Peur d'être responsable d'une situation terrible
Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsions, images ou pensées perverses ou interdites à propos de la sexualité, de l'homosexualité ou de la pédophilie
Religion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préoccupations liées au sacrilège, au blasphème ou à la moralité
Obsessions diverses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut ▪ Peurs superstitieuses (nombres qui portent malheur)

Tableau 8.2 Des exemples de compulsions parmi les plus fréquentes

Type de compulsion	Exemples
Lavage ou nettoyage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavage des mains ritualisé ou excessif ▪ Toilette ritualisée ou excessive ▪ Mesures supplémentaires pour supprimer le contact avec des éléments contaminants
Vérification	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier les portes, les serrures, les appareils ménagers ▪ S'assurer que rien ne risque de faire du tort à soi-même ou aux autres
Comptage, ordre et rangement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ranger les objets dans un ordre précis ▪ Faire les choses d'une manière très spécifique
Répétition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relire, redire ou réécrire ▪ Besoin de répéter une action (par exemple sortir et entrer, se lever et s'asseoir)
Compulsions diverses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoin de toucher ▪ Comportements superstitieux ▪ Besoin de dire, de demander ou de confesser ▪ Dresser des listes de manière excessive

de rassurer la personne souffrant d'un TOC, car ils lui donnent l'impression d'être en contrôle de soi et de la situation.

La majorité des personnes souffrant d'un TOC ont à la fois des obsessions et des compulsions. Il arrive souvent qu'elles entraînent les autres dans leurs compulsions (par exemple, demander à un proche de revérifier). Bien que plusieurs personnes puissent avoir des préoccupations et des rituels semblables à ceux mentionnés plus haut, dans le TOC, la vie quotidienne est envahie au point de désorganiser les occupations régulières, comme le travail ou les études, et de perturber les relations interpersonnelles. D'ailleurs, l'un des critères du *DSM-5* prend en compte le temps accaparé par les obsessions et les compulsions : s'il dépasse une heure par jour, on peut penser que les risques d'épuisement et de détresse sont grands. Néanmoins, lorsque l'individu aux prises avec un TOC tente d'échapper à ses obsessions et à ses rituels, il ressent une anxiété si forte qu'elle l'empêche d'atteindre son but. L'encadré 8.1 présente en détail les critères diagnostiques du TOC.

ENCADRÉ 8.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble obsessionnel-compulsif

A Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :

Obsessions définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).

Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les 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 l'anxiété ou 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.

N.B. : Les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou de ces actes mentaux.

- B** Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

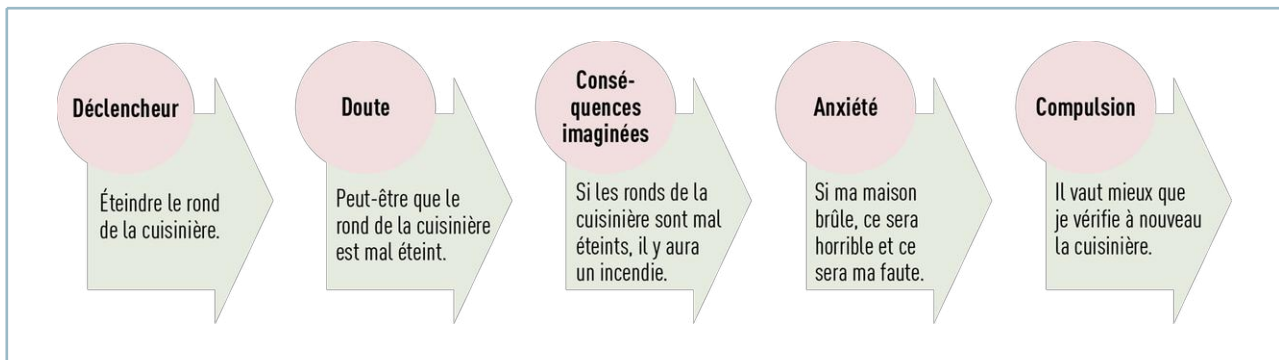
8.1.2 La prévalence et les facteurs de risque liés au trouble obsessionnel-compulsif

Dans la population en général, de 1,1 à 1,8 % des adultes souffriront d'un TOC au cours de leur vie. Chez le quart d'entre eux, les symptômes apparaissent avant l'âge de 14 ans, surtout chez les hommes, qui souffrent du TOC plus fréquemment durant l'enfance que les femmes. En effet, chez ces dernières, ces troubles surviennent habituellement après l'âge de 14 ans. Aussi, les femmes présentent plutôt des symptômes reliés à la propreté, alors que les hommes sont plus portés à être troublés par des pensées interdites ou concernant la symétrie (par exemple, la disposition des objets). En outre, plusieurs personnes qui reçoivent un diagnostic de TOC répondent également aux critères de la dépression majeure (41 %). De plus, 76 % d'entre elles souffrent également de trouble panique, d'un trouble d'anxiété sociale, d'une phobie spécifique ou d'anxiété généralisée (APA, 2015). Le TOC résulte d'une combinaison de facteurs biopsychosociaux. Sur le plan biologique, des prédispositions génétiques contribuent à des variations subtiles dans la neurochimie du cerveau. La sérotonine est un neurotransmetteur qui joue un rôle important dans plusieurs processus biologiques comme l'humeur, l'agressivité et le contrôle des impulsions, et on a constaté que les personnes souffrant d'un TOC présentent de faibles niveaux de sérotonine (Yaryura-Tobias et Neziroglu, 1997). Par ailleurs, des recherches montrent que le lobe frontal, qui intervient dans le contrôle de soi, pourrait être en cause dans le TOC (Liu, Zhang et Liu, 2014). Sur le plan psychosocial, des facteurs environnementaux tels que les traumatismes physiques ou psychologiques, la négligence durant l'enfance, les abus, les stress familiaux, la maladie et la mort favorisent l'apparition d'un TOC chez un individu (Hyman et Pedrick, 2005).

Sur le plan cognitif, il importe de préciser qu'il est normal d'avoir des pensées intrusives (pensées envahissantes indésirables). En réalité, la majorité des gens ont des pensées intrusives similaires aux pensées accompagnant le TOC. Mais pourquoi les personnes atteintes d'un TOC accordent-elles autant d'importance à leurs pensées intrusives? En fait, il semble que les personnes souffrant d'un TOC aient tendance à évaluer différemment leurs pensées. Elles seraient prédisposées à surestimer: 1) la probabilité que surviennent des événements négatifs; 2) les conséquences de ces événements; 3) leur degré de responsabilité quant à ces événements; 4) les conséquences de cette responsabilité (Salkovskis et Kirk, 1997). La fusion pensée-action, c'est-à-dire l'appréhension erronée de l'obsession qui amène à croire que la pensée intrusive entraînera un passage à l'acte réel, est également présente chez les personnes présentant un TOC. Celles-ci considèrent que le simple fait de penser à un acte suffit pour qu'il se produise, pour qu'elles en soient responsables et pour qu'elles s'en sentent coupables. Or, selon le principe de la fusion pensée-action, si les pensées avaient un tel pouvoir, le simple fait de s'imaginer gagner le gros lot suffirait pour le gagner réellement! L'individu aux prises avec un doute obsessionnel accorde une plus grande importance aux conséquences négatives imaginées plutôt qu'aux éléments observables dans la réalité, ce qui provoque de l'anxiété (Leahy et Holland, 2000).

La figure 8.1 illustre une séquence de processus propres au TOC à l'aide d'un exemple concret. Selon ce modèle, un déclencheur (une pensée, une émotion, une situation, la vue ou le toucher d'un objet) entraîne un doute obsessionnel («Et si mes mains n'étaient pas propres...») et ensuite des conséquences imaginées («Si mes mains sont sales, alors je contaminerai d'autres personnes»). Il en résultera une hausse du niveau d'anxiété. Par la suite, l'individu effectue l'action compulsive pour réduire le doute et s'assurer que tout est correct (se laver les mains) (O'Connor et Pélissier, 2008).

Figure 8.1 Un exemple de la séquence de pensées du TOC



8.1.3 Les traitements du trouble obsessionnel-compulsif

Le traitement idéal combine une pharmacothérapie avec des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et une thérapie cognitive comportementale. Si l'on a recours seulement aux médicaments, en l'absence de toute psychothérapie, on observe un taux élevé de rechute après la cessation de la pharmacothérapie (Leahy et Holland, 2000). Un ancien antidépresseur de

la famille des antidépresseurs tricycliques est aussi souvent utilisé dans le traitement du TOC : la clomipramine^{MD}. Il agit à peu près de la même façon que les ISRS, mais cible aussi la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.

Le traitement psychothérapeutique a pour but de « désapprendre » les compulsions et de donner moins de crédibilité aux obsessions. Les exercices de prévention de la réponse, qui consistent à interrompre ou à éliminer les rituels, s'avèrent très efficaces. Par exemple, le patient exécute le rituel très lentement, ou le remet à plus tard, en l'interrompant durant une minute, par exemple (la durée peut être augmentée graduellement jusqu'à plusieurs heures). Une fois le temps écoulé, l'individu décide d'accomplir le rituel ou de le remettre à plus tard une fois de plus (Leahy et Holland, 2000). Le thérapeute l'expose aussi aux situations générant pour lui de l'anxiété afin qu'il s'y habitue progressivement, sans avoir à agir par une compulsion.

Le traitement du TOC fait aussi appel aux techniques cognitives comportementales utilisées dans les traitements des troubles anxieux, comme la désensibilisation systématique et la réalité virtuelle, toutes deux expliquées au chapitre 7.

8.2 L'obsession d'une dysmorphie corporelle

L'**obsession d'une dysmorphie corporelle** présente plusieurs similarités avec le trouble obsessionnel-compulsif parce qu'elle correspond à des comportements répétitifs et à des idées envahissantes liés à la perception d'un défaut corporel. Par exemple, une personne peut se regarder sans cesse dans le miroir, se recoiffer continuellement, se comparer aux autres, tout en cherchant à être rassurée, etc. Elle est convaincue que son corps présente une difformité grave, alors que les autres ne perçoivent pas cette **dysmorphie** ou la considèrent bénigne.

Obsession d'une dysmorphie corporelle

Conviction erronée d'une personne qu'une partie de son corps est difforme entraînant des comportements répétitifs visant à la rassurer.

Dysmorphie

Anomalie de forme.

8.2.1 Une description clinique de l'obsession d'une dysmorphie corporelle

Ce sont principalement les normes culturelles qui déterminent sur quelles parties du corps se concentre l'attention d'une personne atteinte d'obsession d'une dysmorphie corporelle. Une personne considérera son corps comme grotesque si elle perçoit que l'écart entre celui-ci et les idéaux fixés par la norme sociale est trop prononcé (Fallon, 1990). Les anomalies perçues sont principalement liées à la peau (acné, cicatrices, rides, couleur), aux cheveux (clairsemés), à la pilosité et au nez. Cependant, toutes les parties du corps peuvent faire l'objet de préoccupations (les yeux, les dents, le poids, le ventre, la poitrine, les jambes, les muscles, les lèvres, le menton, les sourcils, les organes génitaux, etc.). La plupart des gens vivent ce type d'inquiétudes, mais, dans le cas d'une obsession d'une dysmorphie corporelle, elles sont envahissantes, incontrôlables et la cause d'une importante perte de temps (3 à 8 heures par jour) (APA, 2015). L'encadré 8.2, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (parfois nommée dysmorphophobie).

ENCADRÉ 8.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour l'obsession d'une dysmorphie corporelle

- A** Préoccupation concernant une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans son apparence physique qui ne sont pas apparents ou qui semblent mineurs pour autrui.
- B** À un moment de l'évolution du trouble, l'individu a eu des comportements répétitifs (p. ex. vérification dans le miroir, toilettage excessif, excoiriation de la peau, recherche de rassurement) ou des actes mentaux (p. ex. comparaison de son apparence avec celle d'autrui) en réponse à des préoccupations concernant son apparence physique.
- C** La préoccupation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D** La préoccupation concernant l'apparence n'est pas mieux expliquée par une insatisfaction concernant le poids ou le tissu adipeux chez un individu dont les symptômes répondent aux critères diagnostiques d'un trouble alimentaire. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

L'insatisfaction concernant l'apparence est si universelle que l'obsession d'une dysmorphie corporelle passe facilement inaperçue. Les normes de beauté sont si difficiles à atteindre (notamment pour les femmes) que, dans les enquêtes de prévalence, une écrasante majorité des personnes sondées affirment ne pas aimer au moins une partie de leur corps (Institut de la Statistique du Québec, 2012). La conviction irrationnelle, qui est la composante centrale du trouble, se démarque des insatisfactions corporelles courantes de deux manières: par son caractère obsessionnel et par son caractère envahissant. Les personnes atteintes de l'obsession d'une dysmorphie corporelle tendent à trouver dans leur physique grotesque l'explication de leurs malheurs (Phillips, 2005).

La perception faussée du corps est maintenue, que la personne concernée soit consciente ou non de son caractère exagéré. Elle a peur d'un défaut et elle est préoccupée par son apparence. Elle agit donc et pense de manière à tenter de se rassurer, ce qui, en général, ne fonctionne pas.

Ce lien entre des inquiétudes intrusives angoissantes et des actions pour tenter de les contrôler sans y parvenir explique pourquoi l'obsession d'une dysmorphie corporelle est classée avec le trouble obsessionnel-compulsif. La personne s'observe, se touche, se maquille avec excès, porte des vêtements ou des accessoires pour camoufler ses imperfections. Elle peut aussi se comparer sans arrêt à d'autres personnes, des vedettes notamment. Pour éviter d'avoir à faire face au regard d'autrui, elle peut finir par éviter les contacts interpersonnels, ce qui aggrave les conséquences de son trouble par de l'isolement social.

Étude de CAS

« Je suis laide »

Rita est persuadée que son nez, ses yeux et sa bouche sont croches. Depuis l'adolescence, elle cherche des façons pour corriger son visage, qu'elle trouve asymétrique. Elle a d'ailleurs développé de grandes habiletés de maquillage, porte des lunettes fumées et met souvent un chapeau pour tenter de masquer sa laideur. Même si ses amis, dont plusieurs garçons, ainsi que ses parents, lui disent le contraire, Rita demeure convaincue qu'elle a le visage déformé. Elle espère bientôt avoir suffisamment d'argent pour se payer une chirurgie esthétique, sans laquelle elle se dit qu'elle ne pourrait pas continuer à vivre.

Le recours à la chirurgie plastique ou à un traitement dermatologique est un moyen utilisé pour tenter de corriger le corps. Cependant, il ne suffit pas pour corriger la perception négative des personnes atteintes, qui tendent plutôt à la maintenir après l'opération. Il semble même que les interventions médicales aggravent le trouble et peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires ou à des excès de colère dirigés contre le médecin par la personne insatisfaite du résultat obtenu (APA, 2015).

Pire encore, certaines personnes se blessent avec les instruments qu'elles utilisent pour tenter de corriger elles-mêmes leur perception négative de leur peau, de leurs sourcils ou bien d'un auriculaire jugé trop long (Veale, 2000). Il est intéressant de noter que ces lésions déclenchent la libération des endorphines dans le cerveau, des neurotransmetteurs qui atténuent les sensations de douleur (voir le chapitre 2). Cette réaction neurochimique plaisante contribue à renforcer le comportement automutilatoire (Nock, 2009).

Les automutilations ne sont pas les seuls risques associés à l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Les probabilités de suicide sont également élevées, surtout lorsque la personne est profondément convaincue que son anomalie est réelle. Selon une étude de Veale (2000), les pertes fonctionnelles causées par le trouble se comparent à celles d'une dépression majeure.

8.2.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à l'obsession d'une dysmorphie corporelle

Selon Kieron O'Connor, directeur du Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, de 0,7 à 1,7 % des Canadiens seraient atteints d'obsession d'une dysmorphie corporelle, soit plus de 350 000 personnes, autant d'hommes que de femmes. Cependant, les hommes sont davantage préoccupés par leurs organes génitaux et leur musculature que les femmes, mais celles-ci sont plus souvent aux prises avec un trouble alimentaire en plus d'une obsession d'une dysmorphie corporelle (APA, 2015). Cette obsession apparaît généralement au cours de l'adolescence, mais on observe une prévalence plus élevée dans certains

groupes de population : de 2 à 13,1 % chez les étudiants et de 6 à 20 % chez les clients de cliniques de chirurgie esthétique (Gervais, 2008).

Les raisons du déclenchement d'une obsession d'une dysmorphie corporelle demeurent difficiles à cerner, notamment parce qu'il s'agit d'un trouble encore peu connu et peu diagnostiqué. Néanmoins, on a établi des relations claires avec la négligence et les abus subis lors de l'enfance (physiques, sexuels et psychologiques), par exemple à la suite de problèmes d'intimidation (APA, 2015). Une vulnérabilité génétique contribuant entre autres à la timidité, au perfectionnisme et à un tempérament anxieux semble aussi être en jeu (Veale, 2004). Des séquelles dermatologiques ou corporelles (comme l'acné lors de l'adolescence) pourraient contribuer à l'apparition d'une obsession d'une dysmorphie corporelle à l'âge adulte. Enfin, des recherches ont démontré que les individus aux prises avec une obsession d'une dysmorphie corporelle sont plus sensibles à la beauté esthétique. Ils réagiraient davantage aux belles personnes et accorderaient une grande importance à leur apparence dans leur identité; ils posséderaient peut-être même de plus grandes habiletés perceptuelles (Veale, Ennis et Lambrou, 2002).

8.2.3 Les traitements de l'obsession d'une dysmorphie corporelle

Comme pour le trouble obsessionnel-compulsif, on peut traiter l'obsession d'une dysmorphie corporelle en réduisant l'anxiété à l'aide d'antidépresseurs ISRS. Ces médicaments sont toutefois moins utiles que la psychothérapie (Taillon, 2011).

Les rares approches psychothérapeutiques permettant de traiter l'obsession d'une dysmorphie corporelle sont adaptées des thérapies cognitives comportementales conçues pour traiter le trouble obsessionnel-compulsif (Phillips, 2005). La composante comportementale de la thérapie fait habituellement appel à l'exposition avec prévention de la réponse et d'expériences comportementales. L'exposition avec prévention de la réponse consiste à affronter de façon graduelle les parties du corps anxigènes tout en prévenant les comportements compulsifs auxquels recourt la personne pour diminuer l'anxiété (se gratter la peau, se coiffer, se regarder dans le miroir, etc.). Lorsque la gravité des symptômes s'atténue, on peut tester en milieu naturel le bien-fondé des pensées inadéquates et dysfonctionnelles. La composante cognitive de la thérapie consiste en des exercices de restructuration cognitive, qui visent à modifier les conceptions erronées afin de les rendre plus appropriées, vraisemblables et aidantes. Ainsi, on explore et on analyse les croyances de fond, de même que les pensées automatiques et les distorsions cognitives relatives à l'apparence physique, ainsi que l'importance que lui accorde la personne (Taillon, 2011).

Selon O'Connor (cité dans Gervais, 2008), les recherches montrent cependant que le volet cognitif de la thérapie importe plus que l'aspect comportemental. Tout en cherchant à diminuer l'anxiété, il faut tenter de comprendre la source du problème : qu'est-ce qui amène l'individu à se préoccuper autant d'une partie de son corps? Ainsi, on tient compte du fait que l'image de soi d'une personne aux prises avec une obsession d'une dysmorphie corporelle est peu nuancée et manque de réalisme. Le traitement vise à diminuer les distorsions cognitives liées à la difformité perçue.

8.3 La thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

Dans le *DSM-IV*, les obsessions et les compulsions liées à l'accumulation compulsive d'objets étaient regroupées avec le trouble obsessionnel-compulsif. Or, selon l'APA (2015), les récentes données cliniques montrent qu'il s'agit plutôt d'un diagnostic distinct, ce qui justifie que le *DSM-5* le considère désormais comme un trouble mental à part entière. D'une part, ce trouble ne présente habituellement pas les obsessions typiques du TOC, mais plutôt une impression de manque ou une volonté d'éviter des tâches fastidieuses comme le lavage. D'autre part, dans le cas d'une thésaurisation pathologique, la personne désire réellement les objets accumulés et en retire une certaine satisfaction, alors que les compulsions liées au TOC sont habituellement peu plaisantes pour la personne qui les effectue.

8.3.1 Une description clinique de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

La thésaurisation pathologique (ou sylllogomanie) est encore souvent nommée trouble de l'accumulation compulsive (TAC). Sa principale caractéristique est la difficulté persistante de se débarrasser d'objets, peu importe leur réelle valeur. Les raisons évoquées par la personne pour justifier l'accumulation sont liées à l'éventuelle utilité de l'objet, à sa beauté ou à un attachement émotif particulier. Les objets les plus fréquemment amassés sont des journaux, des magazines, des vêtements, des sacs, des livres, du courrier ou du papier, mais pratiquement n'importe quel objet peut être convoité, et même des animaux. Si l'on demande à la personne d'envisager la possibilité de s'en départir, elle ressent une grande détresse. Aussi, contrairement aux collectionneurs, la quantité d'objets entreposés est si importante, l'accumulation si peu planifiée et l'espace tellement rempli qu'il devient impossible de les utiliser. Il peut même devenir difficile, voire impossible, de circuler dans certaines pièces de la demeure, de cuisiner, de s'asseoir ou même de dormir ! Dans certains cas, les possessions de la personne aux prises avec la maladie peuvent envahir la voiture, la cour, le bureau de travail et parfois la maison d'un membre de l'entourage. Même si le

Étude de CAS

Jonathan et la nourriture

Depuis tout petit, Jonathan a subi des violences et de la négligence. Quelque temps après être arrivé dans une famille d'accueil, ceux-ci se sont aperçus qu'il cachait de la nourriture sous son lit, dans sa taie d'oreiller et un peu partout dans les tiroirs et la garde-robe de sa chambre. Pourtant, sa famille ne lui impose pas de restrictions sur ce qu'il peut manger et Jonathan ne se plaint pas d'avoir faim. Il ne semble d'ailleurs pas vouloir manger ce qu'il cache dans sa chambre, mais lorsqu'on tente de le lui retirer, il pleure et se fâche. Malgré le fait que sa famille d'accueil lui ait bien expliqué que les aliments peuvent pourrir et attirer des insectes, Jonathan continue d'accumuler toutes sortes d'aliments comme des fruits, des biscuits, des croustilles et du chocolat.

fait d'accumuler certains objets lui procure du plaisir, la personne est habituellement peu fière de ses possessions en tant que telles, ce qui l'amène à s'isoler et, si elle le peut, à dissimuler les pièces encombrées. Elle ne cherche pas à exhiber ses accumulations (même si elle y est très attachée), ce qui constitue une autre différence avec les collectionneurs. L'encadré 8.3 présente les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la thésaurisation pathologique.

ENCADRÉ 8.3 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

- A** Difficulté persistante à jeter ou à se séparer de certains objets, indépendamment de leur valeur réelle.
- B** La difficulté est due à un besoin ressenti de conserver les objets et à la souffrance associée au fait de les jeter.
- C** La difficulté à jeter des objets aboutit à une accumulation d'objets qui envahissent et encombrant les lieux d'habitation, compromettant de manière importante leur fonction première. Si ces espaces sont dégagés, c'est uniquement grâce aux interventions de tiers (p. ex. des membres de la famille, des agents d'entretien ou des représentants de l'autorité publique).
- D** L'accumulation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (y compris le maintien d'un environnement sans danger pour soi-même et pour les autres). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, *DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

8.3.2 La prévalence et les facteurs de risque liés à la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

Selon le *DSM-5*, de 2 à 6% de la population souffrirait de la thésaurisation pathologique, mais ces données s'appuient sur des sondages plutôt que sur des études statistiques représentatives plus valides. Il ne semble pas y avoir de différence marquée entre les hommes et les femmes, même si celles-ci consultent davantage pour obtenir de l'aide. Selon Bineau (2013), la thésaurisation pathologique débute durant l'enfance et irait en s'aggravant, pour atteindre son apogée vers l'âge de 50 ans.

En ce qui a trait aux facteurs de risque, une prédisposition génétique pourrait être en cause : plusieurs personnes atteintes ont dans leur famille un individu qui accumule de façon compulsive. Les recherches portant sur des jumeaux confirment ce lien (APA, 2015).

Sur le plan psychosocial, selon St-Pierre-Delorme (2012), les accumulateurs compulsifs sont plus souvent célibataires, aux prises avec des compulsions de vérification et perfectionnistes que le reste de la population. Cependant, ils n'ont pas subi plus de privations au cours de leur vie. L'indécision, l'avarice et la pensée magique seraient d'autres caractéristiques associées à la thésaurisation pathologique (Samuels *et al.*, 2007). Enfin, il existe une interaction entre les achats impulsifs et l'accumulation compulsive (O'Connor et Grenier, 2004).

8.3.3 Les traitements de la thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

Selon St-Pierre-Delorme (2012), les antidépresseurs ISRS plutôt que les anxiolytiques seraient appropriés pour le traitement pharmacologique des accumulateurs compulsifs.

Sur le plan de la psychothérapie, selon Bineau (2013), les personnes souffrant de thésaurisation pathologique répondent moins bien à la thérapie cognitive comportementale que celles aux prises avec un TOC parce qu'elles ont une faible conscience (*insight*) de leur trouble. En plus de ne pas reconnaître le caractère déraisonnable de leurs comportements, leur motivation et le soutien de leur entourage sont souvent plus faibles (d'autant plus qu'elles habitent souvent seules).

Néanmoins, la plupart des interventions sont d'orientation cognitive comportementale et s'appuient sur des récompenses afin de motiver la personne à diminuer graduellement son besoin d'accumuler des objets (St-Pierre-Delorme, 2012). Ce n'est pas en jetant d'un coup tous les objets qu'elle a accumulés qu'on peut l'aider à retrouver un équilibre; elle n'en serait que plus traumatisée. Comme pour les phobies et les TOC, au fil des semaines, la thérapie doit proposer une série d'objectifs hiérarchisés. On aide la personne à se rendre compte que la pensée «peut-être qu'un jour, j'en aurai besoin» n'est pas réaliste pour gérer l'encombrement des pièces, et que finalement, il serait possible de jeter ces objets.

EXERCICE 8.1 | Les troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles apparentés

Associez chacun des cas à l'un des troubles suivants :

- A** Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- B** La thésaurisation pathologique
- C** L'obsession d'une dysmorphie corporelle

1. Gilles dit qu'il ne vit pas tout à fait seul, puisqu'il a la compagnie de ses 21 chats. À la suite de plaintes de ses voisins, les autorités de la ville sont venues inspecter son logement parce qu'on craignait pour le feu. En effet, on y a trouvé des piles de vieux journaux entassés un peu partout entremêlés d'objets divers, de nourriture pour chats et d'excréments. On lui a dit que c'était dangereux non seulement pour le feu, mais aussi pour sa santé respiratoire. Il refuse néanmoins de se départir de quoi que ce soit et risque d'être expulsé de son logement.
2. Le bureau de travail et le logement de Paule sont impeccables : tout y est rangé soigneusement et proprement. Même si elle obtient des félicitations, elle commence à croire que le temps qu'elle met à tout placer et à nettoyer est

exagéré. Elle aimerait bien se reposer un peu, se distraire davantage, mais c'est plus fort qu'elle, elle doit mettre de l'ordre et laver ce qu'il y a autour d'elle, sinon elle devient très anxieuse et peut même paniquer.

3. Léo est convaincu que son pénis est minuscule. Il est certain qu'il possède un gène rare qui fait que son organe sexuel n'a pas suivi une croissance normale. Il n'ose jamais le montrer, ni à des femmes qu'il pourrait aimer ni à des hommes qui pourraient rire de lui dans la salle de douche du centre sportif. Quand il se lave, il garde scrupuleusement son maillot de bain sur lui. Léo vit seul et sait qu'il en sera toujours ainsi. Il a renoncé à l'amour.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

RÉSUMÉ



Fiche de révision

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

- L'aspect obsessionnel du TOC se manifeste sous la forme de pensées, d'idées, de pulsions, d'images ou de représentations indésirées, dérangeantes, envahissantes ou intrusives qui viennent à la conscience de l'individu.
- L'aspect compulsif prend la forme de comportements répétés et ritualisés ou d'une action mentale. La compulsion sert à réduire la détresse ou la tension causée par les obsessions, ou encore à prévenir un événement redouté.
- Le traitement idéal repose sur la combinaison de médicaments et d'une thérapie cognitive comportementale. Le traitement psychologique de ce trouble comprend des exercices de prévention de la réponse (c'est-à-dire interrompre ou cesser le rituel) et d'exposition.

L'obsession d'une dysmorphie corporelle

- L'obsession d'une dysmorphie corporelle correspond à des comportements répétitifs et à des idées envahissantes liés à la perception d'un défaut corporel. La perception faussée du corps persiste, que la personne concernée soit consciente ou non de son caractère exagéré et malgré des interventions chirurgicales.
- Les traitements de l'obsession d'une dysmorphie corporelle ressemblent à ceux utilisés pour le TOC, mais avec un accent mis sur la restructuration cognitive.

La thésaurisation pathologique (syllomanie)

- La thésaurisation pathologique (aussi nommée le trouble de l'accumulation compulsive [TAC]) est la difficulté persistante de se débarrasser d'objets, peu importe leur réelle valeur. L'accumulation nuit à la vie quotidienne de la personne et elle en ressent de la honte. Elle s'accompagne de détresse quand on demande à la personne de se départir de ses objets.
- La réponse aux traitements est moins bonne que pour le TOC, notamment parce que la plupart des personnes atteintes de thésaurisation pathologique ne reconnaissent pas le caractère déraisonnable de leurs comportements. On travaille davantage les aspects motivationnels afin de les amener graduellement à diminuer leur besoin d'accumulation.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association canadienne pour la santé mentale
www.cmha.ca/fr

Fondation québécoise pour le trouble obsessionnel-compulsif (FQTOC)
fqtoc.mtl.rtss.qc.ca/accueil_fr.htm

Icotop et Télé-Québec. (2004). Le trouble obsessif-compulsif. *Oppression*.
cve.grics.qc.ca/fr/2289/19591

International OCD Foundation
Site Web en anglais avec une page dédiée au trouble d'accumulation compulsive
hoarding.iocdf.org

Télé-Québec. (2011). *Accumulateurs compulsifs. Série Une pilule, une petite granule*.
cve.grics.qc.ca/fr/1035/20755

LES TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET LES AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Par Alain Huot et Julie-Anne Lalonde

PLAN DU CHAPITRE

9.1 Une description des troubles du spectre de la schizophrénie (TSS) et des autres troubles psychotiques.....	218
9.1.1 Une description générale des troubles du spectre de la schizophrénie.....	218
9.1.2 Les cinq symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie.....	221
9.1.3 Une description clinique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	231
9.2 La prévalence des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	234
9.3 Les facteurs de risque liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques.....	235
9.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques.....	235
9.3.2 Les facteurs psychologiques et sociaux liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques.....	238
9.4 Les interventions et les traitements des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	239
9.4.1 La dimension biologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	240

9.4.2 La dimension psychologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	241
9.4.3 La dimension sociale des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.....	242

Les êtres humains sont capables d'imaginer des réalités complètement inconnues, comme la vie sur une autre planète, le passé lointain ou le son d'instruments de musique qu'ils ne sont pas en train d'entendre. Cette capacité de représentation mentale donne beaucoup de pouvoir sur le réel, mais il arrive aussi que les fonctions cognitives supérieures se détraquent et que ces perturbations entraînent une perte de contact avec la réalité : c'est ce qu'on nomme la psychose (voir la page 24 du chapitre 1).

9.1 Une description des troubles du spectre de la schizophrénie (TSS) et des autres troubles psychotiques

Troubles du spectre de la schizophrénie (TSS)
Ensemble de troubles caractérisés par des symptômes plus ou moins marqués de psychose.

C'est au Moyen Âge qu'ont commencé les procès pour sorcellerie condamnant les victimes au bûcher. Les idées délirantes, les visions et les comportements désorganisés des schizophrènes les ont fait passer tantôt pour des sorcières ou des possédés du diable, tantôt pour des illuminés capables d'entendre et de transmettre la voix des dieux.



Les **troubles du spectre de la schizophrénie (TSS)** et les autres troubles psychotiques se manifestent par des perturbations des perceptions (par exemple, entendre des voix) et par la désorganisation de diverses fonctions. Ainsi, on observe des dérèglements de la pensée (par exemple, se croire menacé par les ovnis), du langage (par exemple, tenir des propos incohérents ou babiller comme un enfant), du mouvement (par exemple, adopter des postures étranges ou effectuer des mouvements répétitifs) et des émotions (par exemple, garder un visage fixe et sans expression). Même si c'est dans les TSS qu'on les observe le plus typiquement, d'autres troubles en santé mentale peuvent conduire à la psychose, comme cela peut survenir à la suite d'une intoxication à une substance. Les idées de grandeur et les propos incohérents s'observent aussi souvent dans les troubles bipolaires; l'adoption de postures rigides se manifeste dans des cas graves de dépression, et la désorganisation extrême du comportement survient autant chez les personnes souffrant de troubles associés à la maladie d'Alzheimer que chez ceux souffrant de schizophrénie.

9.1.1 Une description générale des troubles du spectre de la schizophrénie

Le trouble le plus invalidant parmi les troubles du spectre de la schizophrénie est la schizophrénie proprement dite. Le terme «schizophrénie» vient de deux mots grecs : *skhizein*, qui signifie séparer, et *phrēnos*, qui signifie la pensée (Dubois, Mitterand et Dauzat, 2007). Ce trouble se traduit par une perte de contact avec la réalité et par une séparation, justement, de la cognition, des émotions et du contact de l'individu avec le monde qui l'entoure. Dans le langage courant, il arrive que l'on confonde la schizophrénie avec le trouble dissociatif de l'identité (parfois appelé trouble des personnalités multiples), un trouble en santé mentale très rare dans lequel il se produit une fragmentation de la personnalité. Toutes les facettes de la personne incarnent des «personnages» différents (par exemple, une partie sérieuse, un peu «fofolle»,

responsable, bébé, drôle, etc.), au lieu d'être intégrées en un tout cohérent (voir le chapitre 13). La personne qui souffre de schizophrénie n'a pas plusieurs personnalités, mais la seule qu'elle a devient désorganisée.

La schizophrénie est l'un des plus graves troubles en santé mentale. Dans les cas les plus aigus, la perte de contact avec la réalité et la désorganisation sont si importantes que le fonctionnement autonome de la personne est impossible. Par exemple, une personne schizophrène peut passer sa journée dans l'immobilité la plus complète, telle une statue, parler tout seul dans une langue inconnue ou devenir incontinent. Même s'il est possible d'atténuer les symptômes de la schizophrénie, celle-ci tend à envahir de manière chronique toute la vie des personnes atteintes.



La schizophrénie est le trouble en santé mentale qui correspond le mieux au concept de folie. Dans les siècles passés, des individus ayant observés ses symptômes parfois troublants, voire effrayants, ont réagi en se comportant de façon encore plus terrifiante: on a brûlé pour sorcellerie des schizophrènes, on les a exorcisés, enfermés dans des asiles, enchaînés, stérilisés, voire assassinés (Hochmann, 2011). Quelquefois, au contraire, dans certaines cultures, on a cru que les idées délirantes et les visions des schizophrènes étaient des messages des dieux à cause de leur caractère mystérieux et irréel, et les schizophrènes ont pu être considérés comme des prophètes ou des devins qu'on consultait et qu'on écoutait avec effroi (Dufoulon, 1997). Des schizophrènes ont ainsi pu avoir le statut des chamanes des peuples autochtones ou des prêtres vaudous haïtiens.

La schizophrénie prend plusieurs formes, et les symptômes psychotiques présentent plusieurs degrés de gravité. Ainsi, dans les cas les moins graves, il peut être difficile de distinguer les symptômes de la psychose de la bizarrerie humaine ordinaire. En fait, il existe un continuum de symptômes et de réactions psychotiques, et une large portion de la population présente des symptômes psychotiques légers (Breetvelt, Boks et Numans, 2010). Les idées délirantes légères sont particulièrement fréquentes et sans fondement (voir la définition à la page 221). Elles peuvent ressembler à des préjugés, au point qu'il est parfois difficile de les distinguer les unes des autres. Par exemple, il peut s'agir d'une croyance irréaliste qui rend méfiant envers un groupe de personnes, comme les touristes, les personnes aux cheveux roux ou les chats noirs. Cette croyance peut résister à des preuves qui la contredisent, ou empêcher des créer des liens avec d'autres personnes. Mais à partir de quel point devient-elle délirante? Quand on croit que les personnes aux cheveux roux et les chats noirs sont des créatures du diable? Quand on décide de les brûler? De même, on peut s'imaginer la voix d'un parent décédé et presque entendre les intonations de sa voix, mais à partir de quel point cette faculté d'imagination devient-elle une hallucination psychotique?

Dans les cas les plus graves, la rupture avec les comportements usuels est manifeste et on parle alors de **décompensation**. Les idées étranges deviennent alors des délires indéniables. Par exemple, une personne téléphone à la police pour dénoncer des touristes qui s'apprêtent à prendre d'assaut le Vieux-Québec après le défilé du carnaval. Les hallucinations peuvent également être perçues comme des expériences réelles: par exemple, un collégien solitaire

Luc Vigneault illustre comment le vécu des schizophrènes n'est pas constamment marqué par les hallucinations, les idées délirantes et les autres symptômes de la phase aiguë. Vigneault atteste dans son livre *Je suis une personne, pas une maladie!* qu'il est un schizophrène qui vit normalement grâce aux traitements qu'il reçoit.

Décompensation

Phase de perte de l'organisation psychique associée à la psychose aiguë.

Symptômes résiduels

Symptômes atténués de psychose qui subsistent entre les phases aiguës.

qui avait des comportements étranges se met à voir des enfants transpercés par des épées.

Les symptômes de psychose peuvent se résorber d'eux-mêmes ou à la suite de traitements. Ils peuvent toutefois se maintenir sous une forme atténuée, que l'on nomme **symptômes résiduels**. Par exemple, une personne peut cesser d'avoir des hallucinations et quitter l'hôpital, tout en conservant des émotions appauvries, peu d'habiletés pour le contact avec autrui, et passer ses journées dans l'inactivité. Une rechute vers la phase aiguë peut survenir. Un rétablissement permettant de fonctionner est aussi possible.

C'est pour rendre compte de la variété des réactions psychotiques que le DSM-5 a introduit la notion de spectre de la schizophrénie. Cette nouvelle approche des psychoses rejoint d'ailleurs les descriptions d'Eugen Bleuler (1857-1939), le psychiatre suisse qui a inventé le terme «schizophrénie» en 1908 et qui a affirmé qu'il n'existait pas une schizophrénie, mais bien des schizophrénies (Berrios, 2011). Les différents troubles du spectre de la schizophrénie sont traités en détail dans ce chapitre après l'explication des symptômes qu'ils partagent.

Étude de CAS

Fred et la schizophrénie

Fred a 26 ans. Il a reçu un diagnostic de schizophrénie lorsqu'il avait 19 ans. Bien qu'il soit médicamenté et régulièrement suivi par son éducateur, Fred a encore, à l'occasion, des hallucinations et des idées délirantes. Comme il est bien avancé dans son processus thérapeutique, il est conscient de ses symptômes et peut en parler.

Il raconte que, lorsqu'il vit une période de retour de sa maladie, il sait que les choses qu'il voit, entend, pense et ressent sont des hallucinations. Toutefois, à partir d'un certain degré, il perd le contrôle et le contact avec la réalité. Le jeune homme est alors convaincu que des extraterrestres malveillants le surveillent et désirent s'emparer de la Terre pour réduire ses habitants à l'esclavage. Fred est terrifié : « Je sens qu'ils me regardent tout le temps. Parfois, leur vaisseau s'approche au-dessus de moi à quelques dizaines de mètres, mais leur technologie de camouflage fait en sorte qu'on ne peut pas les détecter. Je sais qu'ils sont là. » Cependant, selon lui, les Terriens sont protégés par d'autres extraterrestres d'une galaxie très évoluée : « Ils nous protègent parce que, pour eux, nous sommes mignons et innocents. » Selon Fred, il arrive que les méchants extraterrestres réussissent à déjouer la surveillance des bons extraterrestres.

C'est ainsi qu'il explique certaines catastrophes naturelles, certains meurtres et surtout certaines disparitions qui seraient en réalité des enlèvements. Fred est d'ailleurs convaincu d'avoir été enlevé par eux et d'avoir subi des examens médicaux et anatomiques douloureux, notamment à cause de sondes anales. Fred pense qu'il a été libéré et ramené sur terre parce que les bons extraterrestres ont négocié sa libération. Il croit que sa vie leur est particulièrement précieuse, car il est convaincu d'avoir un code génétique exceptionnel et que les bons extraterrestres envisagent de créer un croisement entre un extraterrestre et un être humain : lui.

Fred est un grand consommateur de science-fiction. Il se délecte particulièrement des séries qui sont diffusées sur une chaîne spécialisée. On peut facilement supposer que cette consommation télévisuelle alimente ses idées délirantes.

9.1.2 Les cinq symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie

Les troubles du spectre de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques présentent une ou plusieurs anormalités du comportement rattachées aux cinq symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée et discours désorganisés, comportement moteur grossièrement désorganisé et symptômes négatifs. Les quatre premiers symptômes forment ensemble ce qu'on nomme les **symptômes positifs (ou aigus)**. Le terme « positif » signifie que ces symptômes constituent des ajouts par rapport aux comportements et aux modes de perception usuels. Autrement dit, les symptômes positifs caractérisent ce qu'une personne en psychose fait en plus de ce qu'elle ferait sans sa psychose : par exemple, entendre des voix ou croire que les extraterrestres ont implanté une antenne dans sa tête (APA, 2015). La cinquième caractéristique des troubles du spectre de la schizophrénie correspond à des **symptômes négatifs**. Les symptômes négatifs renvoient à la notion de perte et de manque. Il s'agit donc de capacités que la maladie enlève à la personne atteinte. Les différents troubles du spectre de la schizophrénie comportent notamment des symptômes négatifs de retrait social complet, de manque d'énergie et de motivation, ou d'appauvrissement marqué des émotions, des pensées, des paroles et des actions (Société québécoise de la schizophrénie, 2006).

Le tableau 9.1, à la page suivante, présente les cinq principaux symptômes du spectre de la schizophrénie ainsi que des troubles psychotiques. Les sections suivantes décrivent en détail chacun de ces cinq symptômes, en commençant par les quatre symptômes positifs.

Les idées délirantes

Une **idée délirante** est un symptôme d'ordre cognitif. Il s'agit d'une idée ou d'une croyance aberrante qui résiste à l'expérience des faits et qui fausse le contact d'une personne avec le réel. Une personne peut s'imaginer qu'elle est la réincarnation de Napoléon, ou encore qu'elle est surveillée par des extraterrestres. Les psychotiques traitent leur expérience à travers le filtre de l'idée délirante au point d'hypothéquer sévèrement leur fonctionnement quotidien. Par exemple, une personne convaincue que ses proches font partie d'une conspiration mondiale et qu'ils mentent pourrait manifester de l'hostilité et des attitudes inadéquates à leur égard. Il se peut qu'une partie des bases de l'idée délirante soit fondée, mais c'est l'interprétation de ces bases qui fait l'objet de distorsions délirantes. Une électricienne constatant des marques de gentillesse de la part d'un candidat venu jusque chez elle lui apporter un dépliant pourrait, dans son délire, se convaincre qu'il est amoureux d'elle, alors que lui ne se souvient même plus de l'avoir rencontrée. L'idée délirante est donc une aberration du traitement de l'information. Par ailleurs, le fait d'avancer un argument prouvant que les idées délirantes sont fausses peut ne pas nécessairement les réfuter ; il arrive même qu'il les renforce (« Si tu me dis que je suis fou, c'est que tu dois

Symptômes positifs

Symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie qui constituent une addition par rapport au fonctionnement d'une personne non atteinte (par exemple, hallucinations et idées délirantes).

Symptômes négatifs

Symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie qui constituent une perte par rapport au fonctionnement d'une personne non atteinte (par exemple, absence de volonté, absence de plaisir et retrait social) (voir les termes « avolition » et « anhédonie » aux pages 230 et 231).

Idée délirante

Ensemble de croyances et de distorsions cognitives plus ou moins organisées, s'opposant aux faits réels et associées à un état de divagation, de confusion ou d'égarement.

Les symptômes positifs et les symptômes négatifs ne font pas référence à leur caractère agréable ou désagréable pour la personne qui les éprouve, mais à l'idée d'un ajout ou d'une soustraction par rapport au comportement de la personne si elle n'était pas malade.



Tableau 9.1 Les cinq symptômes des troubles du spectre de la schizophrénie

Symptômes positifs	
1. Idées délirantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idée délirante de persécution (ou paranoïa) ▪ Idée délirante de grandeur (ou mégalomanie) ▪ Idée délirante de référence ▪ Idée délirante de contrôle ▪ Idée délirante de divulgation de la pensée
2. Hallucinations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hallucinations auditives ▪ Hallucinations visuelles ▪ Hallucinations olfactives et gustatives ▪ Hallucinations corporelles
3. Désorganisation de la pensée et du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langage incompréhensible, idées décousues, phrases incohérentes
4. Comportement moteur grossièrement désorganisé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Catatonie (postures, immobilité, etc.) ▪ Actions erratiques, comportements bizarres, hostilité, agressivité, problèmes d'hygiène, manque d'autonomie, etc.
Symptômes négatifs	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appauvrissement des émotions (émoussement affectif) ▪ Manque d'énergie et de motivation (apathie, aboulie ou avolition) ▪ Appauvrissement du langage (alogie) ▪ Perte du plaisir (anhédonie) ▪ Retrait social

faire partie du complot contre moi». «Si le candidat qui m'aime m'a ignorée, c'est qu'il doit garder le secret»).

Il peut être délicat d'établir une distinction entre une conviction ferme, une croyance étrange et une idée délirante. Les psychologues sociaux ont accumulé beaucoup de données sur la tendance humaine générale à retenir l'information qui confirme ses opinions, et à négliger celle qui les contredit, même chez une personne ne souffrant pas de psychose (Fischer, 2014). À l'inverse, on peut trouver délirante une idée qui est simplement nouvelle. Par exemple, les premières personnes qui ont imaginé que l'homme pourrait un jour voler à l'aide de machines ont pu passer pour délirantes en leur temps. L'évaluation du caractère délirant des croyances dépend en partie de leur déviation par rapport à une norme, c'est-à-dire à des croyances répandues chez le plus grand nombre de personnes dans un contexte culturel donné. Les croyances qui fondent la plupart des religions pourraient passer pour délirantes si elles n'étaient pas partagées par tant de personnes. Avec le recul, les croyances ordinaires peuvent sembler psychotiques quand elles sont tombées en désuétude ou abandonnées. L'idée dominante au 20^e siècle de diviser l'espèce humaine en races peut paraître aujourd'hui comme une idée délirante, qui conduit d'ailleurs encore à des exemples sans égaux de folie meurtrière.

Le *DSM-5* tient compte de la sévérité des idées délirantes. Celles qui ont le moins d'échos dans les croyances courantes du milieu culturel dans lequel vit une personne sont considérées comme des **idées délirantes bizarres**. Les idées délirantes de contrôle des pensées par une force extérieure ou de prise de contrôle du corps sont des exemples d'idées délirantes bizarres fréquentes (APA, 2015).

En plus de la gravité des idées délirantes, le *DSM-5* les classe selon leur contenu. Le tableau 9.2 résume l'ensemble des types d'idées délirantes qui y sont décrits.

L'idée délirante de persécution (ou paranoïa) Le type d'idée délirante le plus fréquent est l'**idée délirante de persécution**, qui consiste à percevoir une menace inexistante ou à exagérer fortement une menace possible. C'est le type d'idée délirante qu'on désigne dans le langage courant sous le nom de paranoïa. La menace qui fonde l'idée délirante de persécution peut porter sur la vie, les possessions ou sur la psyché de la personne qui délire. Elle peut craindre qu'on l'empoisonne ou être convaincue qu'elle est suivie par des agents des services secrets ou par le crime organisé. Croyant qu'on va lui dérober ses biens pendant son absence, elle peut installer des systèmes de sécurité technologiques ou magiques. Par exemple, dans le corridor de son appartement, une femme installait des ficelles au bout desquelles pendaient des porte-bonheur et des phrases de malédictions. Selon les psychanalystes, l'idée délirante de persécution pourrait être une projection, c'est-à-dire que la personne attribue à autrui sa propre agressivité (Gabbard, 2010).

Idées délirante bizarre

Forme aiguë d'idée délirante dont le contenu est hautement invraisemblable et qui marque une rupture nette avec les croyances du groupe culturel auquel appartient une personne.

Idée délirante de persécution

Type d'idée délirante caractérisé par la perception d'une menace inexistante ou par l'exagération d'une menace réelle.

Tableau 9.2 Les types d'idées délirantes

Type d'idée délirante	Exemples
Idée délirante de persécution (ou paranoïa)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Myriam raconte qu'elle a dû être témoin d'un échange de documents que les services secrets ne voulaient pas qu'elle voie. Ils ont peur qu'elle divulgue ces informations, ce qui les ferait perdre leur avantage sur l'ennemi. Il faut donc qu'elle se cache. ▪ Ian n'a pas le souvenir d'avoir fait quelque chose de mal; pourtant, on le pourchasse.
Idée délirante de grandeur (ou mégalomanie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mathieu dit qu'il est le fils caché d'une célébrité. ▪ La princesse de Monaco, Céline Dion et Madonna viendront à son anniversaire.
Idée délirante de référence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Johanie est convaincue que Lady Gaga s'adresse à elle personnellement lorsqu'elle chante. ▪ Raymonde est convaincue que les nuages au-dessus de sa ville lui envoient des signes.
Idée délirante érotomanaïque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un homme qui pourchasse et harcèle une caissière de cinéma est convaincu qu'elle est follement amoureuse de lui. Mais la caissière ne se souvient même plus lui avoir vendu un billet.
Idée délirante de jalousie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mylène vole le mot de passe de son conjoint et lit ses messages. Elle lui fait une crise violente parce qu'elle croit y lire à tort qu'il couche avec plusieurs femmes.
Idée délirante nihiliste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le gourou d'une secte annonce que la fin du monde surviendra le 12 décembre à midi, heure de Mexico.
Idée délirante somatique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vincent est convaincu que son sang est irradié depuis qu'il est revenu du Japon et qu'il a été malade quelques jours.
Idée délirante bizarre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une personne est convaincue qu'une force extérieure a remplacé ses organes internes avec ceux d'une autre personne sans laisser de marques visibles.



L'économiste et mathématicien John Forbes Nash Jr, ici interprété par l'acteur Russel Crowe dans le film *Un homme d'exception* (2001), était convaincu d'être surveillé et de détenir des informations qu'il était le seul à pouvoir décoder, sans quoi une menace s'abatrait sur les États-Unis. Souvent, les idées délirantes des schizophrènes sont un mélange d'idées de persécution et de grandeur.

Idée délirante de grandeur

Idée délirante qu'entretienement des personnes sur le destin exceptionnel qu'elles croient avoir ou sur les qualités exceptionnelles dont elles se croient dotées.

Idée délirante de référence

Conviction erronée d'être personnellement concerné par ce que les gens disent ou font.

Idée délirante érotomaniaque

Conviction erronée qu'une personne est amoureuse de la personne qui délire.

Idée délirante de jalousie

Jalousie exagérée envers quelqu'un.

Idée délirante nihiliste

Idée délirante portant sur une catastrophe imminente.

Sur le plan de l'intervention thérapeutique, l'idée délirante de persécution est probablement la plus difficile à traiter. Puisque la personne craint qu'on la blesse et qu'elle soupçonne tout individu d'être potentiellement mal intentionné à son égard, elle a beaucoup de mal à accorder sa confiance. En thérapie, elle résiste également à se confier par crainte que les informations divulguées soient utilisées contre elle.

L'idée délirante de grandeur (ou mégalomanie) Les **idées délirantes de grandeur** (ou mégalomanie) sont aussi très fréquentes. Elles reposent sur la conviction d'avoir un destin qui échappe au sort commun : d'être de descendance exceptionnelle (par exemple, divine ou aristocratique) ou de posséder des caractéristiques (par exemple, l'intelligence ou la beauté) dont le niveau de qualité est particulièrement rare. Il peut s'agir également d'une surestimation colossale de sa richesse, de son pouvoir, de son réseau social et de son influence auprès des personnalités célèbres.

Les idées délirantes de grandeur et les idées délirantes de persécution peuvent entraîner des conséquences graves pour la personne qui les vit. On nomme quérulence une idée délirante de revendication consistant en une obstination à poursuivre en justice les responsables supposés de torts dont la personne se sent victime. Il peut y avoir une offense réelle au départ, mais l'importance de l'évaluation des dommages que fait la personne et sa hargne à obtenir justice sont démesurées. Vexée de ne pas obtenir la reconnaissance du préjudice dont elle se croit victime, la personne quérulente peut devenir violente (voir la rubrique *En relief sur la psychose et la violence* à la page 231).

Les idées délirantes de référence Les **idées délirantes de référence** s'observent chez les personnes convaincues à tort que les autres font référence à elles. Par exemple, la personne croit être au cœur des conversations des gens autour d'elle. Elle peut aussi interpréter leurs comportements comme des signes qu'ils lui envoient, même s'il s'agit de purs étrangers. Il arrive aussi que la personne en délire de référence se convainque que les personnages publics s'adressent à elle personnellement ou que le présentateur de la télévision la surveille.

Les idées délirantes érotomaniaques et les idées délirantes de jalousie

Les **idées délirantes érotomaniaques** et de **jalousie** sont moins fréquentes et sont des distorsions graves de la compréhension du réel qui se manifestent dans le contexte de la vie amoureuse chez les personnes atteintes du trouble délirant. Les idées délirantes érotomaniaques consistent à percevoir du désir chez autrui quand il n'y en a pas, et les idées délirantes de jalousie portent sur des tromperies supposées de la part de la personne aimée ou convoitée. Encore ici, ces idées délirantes peuvent prendre racine dans le réel et ressemblent à des erreurs fréquentes de perception, mais c'est leur ampleur démesurée et leur résistance au test du réel qui fondent leur caractère psychotique.

L'idée délirante nihiliste L'**idée délirante nihiliste** est la conviction qu'une catastrophe est imminente. Une manifestation courante des idées délirantes nihilistes s'observe chez les prophètes de la fin du monde, dont le pouvoir de persuasion s'accroît sous l'effet des catastrophes et de malheurs bien réels.

L'idée délirante somatique Dans les **idées délirantes somatiques**, la menace est liée au corps. Ces idées délirantes rappellent les angoisses des personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie (autrefois appelé hypochondrie), à ceci près que l'idée délirante somatique est fondée sur une vision de la réalité plus déconnectée du réel que chez les anxieux (*voir le chapitre 6*). Un anxieux croira qu'il a une infection à la gorge et se convaincra qu'il en a les symptômes, mais une personne en délire somatique pourra se convaincre que des insectes géants rongent ses cordes vocales, ou que les services secrets d'un pays ennemi expérimentent une arme bactériologique sur son corps.

Idee délirante somatique
Idée délirante portant sur le corps.

EXERCICE 9.1 | Identifier les types d'idées délirantes

Quel type d'idée délirante est décrit dans chacun des cas suivants ?

- | | |
|---|--|
| <p>1. Marina visite un homme avec qui elle a échangé sur un site de rencontres. Par la suite, elle l'accuse de l'avoir filmée avec des caméras cachées.</p> <p>2. Un homme affirme avoir reçu une vision d'un ange lui annonçant que la fin du monde est proche.</p> <p>3. Une femme est convaincue qu'elle a été choisie par des entités supérieures pour transmettre un message important à l'humanité.</p> | <p>4. Guillaume se fait interdire par la cour de s'approcher d'une championne de natation qu'il harcelait de mots d'amour, convaincu qu'elle l'aime en retour.</p> <p>5. Un étudiant est convaincu d'être la cible des rires des filles qui se tiennent en groupe dans la cafétéria.</p> |
|---|--|

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Les hallucinations

Les **hallucinations** sont des aberrations des perceptions. Plus précisément, elles sont des expériences perceptives qui ne sont pas liées à des stimuli externes (APA, 2015). Par exemple, l'oreille d'une personne ne capte aucun son, mais celle-ci entend distinctement la voix d'entités qui n'existent pas pour les autres. Malgré l'absence de tout stimulus, ces perceptions paraissent tellement vraies que la personne malade ne doute pas de leur réalité. Pourtant, il ne s'agit que de constructions élaborées par son cerveau. Parfois, les hallucinations sont basées sur un élément de la réalité externe, mais celui-ci est perçu d'une manière exagérée et déformée, un phénomène que peuvent provoquer les drogues hallucinogènes. Comme les hallucinations sont réelles pour la personne qui les subit, elle peut ordonner à ses voix de se taire ou interagir avec elles. Les antipsychotiques peuvent réduire les hallucinations, et la personne peut apprendre à les distinguer de la réalité. Des hallucinations peuvent porter sur chacune des modalités sensorielles, mais ce sont les hallucinations auditives qui sont les plus fréquentes. Le tableau 9.3, à la page suivante, présente quelques exemples d'hallucinations classées selon leur type.

Les hallucinations auditives Les hallucinations auditives sont des sons ou des voix qu'on entend dans sa tête. Elles constituent l'un des symptômes les plus typiques de la schizophrénie et des autres TSS. Ces hallucinations varient en complexité, en intensité et en proximité. Il peut s'agir de sons comme des coups de fusil, des bombes, des hurlements ou des voix, par exemple, et être le fait d'une

Hallucination
Perception sensorielle qui se forme en l'absence de stimulation externe.

Tableau 9.3 Les types d'hallucinations

Type d'hallucinations	Exemples
Hallucinations auditives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsque Noémie croise un homme qui lui plaît, elle entend la voix de son ex, qu'elle n'a pas vu depuis leur séparation, qui lui dit : « Tu es trop laide pour qu'il t'aime. »
Hallucinations visuelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hugo suit les « taches de ténèbres » qui se déplacent jusqu'au garage, où il voit « la Faucheuse », qui lui montre une corde du doigt pour qu'il se pendre. ▪ Christophe voit le visage de ses interlocuteurs se démoniser (leurs traits se déforment et leurs yeux deviennent rouges). ▪ Joëlle garde les yeux baissés en classe, car elle voit du sang couler du plafond.
Hallucinations olfactives et gustatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alors que toute la famille se régale de la tarte aux fraises cuisinée par sa mère, Claudine n'a qu'un goût de sang dans la bouche.
Hallucinations corporelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsqu'il est anxieux, Éric sent une scie mécanique sur sa cuisse qui lui tranche lentement la chair. ▪ Olivier touche ses hanches avant de se lever, car il a l'impression que ses jambes ne sont pas attachées à son tronc et craint de tomber. Il évite également de regarder sa thérapeute, parce qu'il sent son nez allonger : « Si je te regarde, mon nez va crever ton œil. » ▪ Pauline a l'impression que son œil pend sur sa joue, et son dossier médical indique de nombreuses consultations en ophtalmologie qui ne détectent aucun trouble physique. ▪ Normand a l'impression que des insectes gigotent sur sa peau.

même voix, de différentes voix ou de plusieurs voix entendues simultanément. Les sons ou les voix peuvent sembler distants ou, au contraire, paraître très proches. Des personnes rapportent avoir la sensation que les voix leur chuchotent des messages à l'oreille. D'autres racontent qu'elles entendent une voix comme si quelqu'un leur parlait derrière la tête et que cette voix demeure même quand elles se retournent. Enfin, certaines disent entendre un narrateur qui commente leurs actions et leurs pensées.

Il arrive aussi que les hallucinations auditives soient réconfortantes et agréables. Par exemple un homme qui travaille à l'entretien ménager entend ses collègues, cachés dans les murs de la salle à café, lui chanter bonne fête; pourtant, la salle est vide.

Les hallucinations visuelles Les hallucinations visuelles sont des visions. Elles peuvent être brèves, le temps d'un éclair, ou constituer une scène complète, comme une scène historique. Elles peuvent se présenter sous la forme d'objets, de personnes ou de formes lumineuses imprécises. Dans ses manifestations les plus élaborées, l'hallucination visuelle peut prendre la forme de l'apparition d'un personnage mythique, comme la Vierge Marie.

Les hallucinations olfactives et gustatives Les hallucinations liées à l'odorat et au goût sont habituellement désagréables. Par exemple, il arrive que Fred (voir l'étude de cas à la page 220) sente une forte odeur très désagréable. Il arrive qu'une hallucination prenne forme à partir d'un élément de la réalité externe ou d'un souvenir. Dans le cas de Fred, on peut supposer que cette hallucination olfactive est liée à des agressions sexuelles qu'il a subies. Les cliniciens rapportent que leurs patients mentionnent qu'ils perçoivent des odeurs de pourriture, de soufre, des odeurs corporelles nauséabondes, et ce, sans qu'il y

EN RELIEF**Les hallucinations auditives et l'aire de Broca**

Lors de recherches sur le traitement tomographique d'émission de photon unique (TTEPU), technologie permettant d'observer le flux sanguin dans le cerveau, on a comparé l'afflux sanguin dans le cerveau d'hommes schizophrènes. Cette comparaison portait sur les périodes où ceux-ci avaient des hallucinations auditives et les périodes durant lesquelles ils n'hallaucinaient pas. Lorsqu'une personne vit des hallucinations auditives, l'afflux sanguin se dirige vers l'aire de Broca (McGuire, Shah et Murray, 1993), l'une des deux principales zones du cerveau responsables du traitement du langage. Ce constat est étonnant parce que l'aire de Broca est associée à la production de la parole, et on pouvait s'attendre à ce que ce soit l'aire de Wernicke qui soit plus active durant des hallucinations auditives, celle-ci étant associée à la compréhension de la parole. En fait, selon les résultats de ces recherches, la zone la plus active du cerveau pendant une hallucination auditive serait celle de la production de la parole (Cleghorn *et al.*, 1992 ; McGuire, Shah et Murray, 1993). Ainsi, on peut comprendre que l'hallucination auditive est une production de la personne, un reflet de ses propres pensées, même si cette personne n'a pas le sentiment que ces voix viennent d'elle-même.

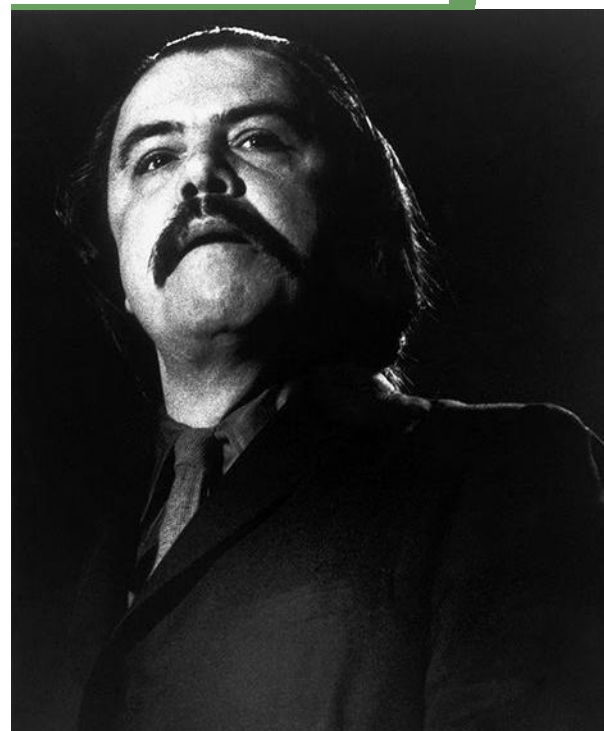
ait une odeur réelle dans l'environnement. Pour ce qui est des hallucinations gustatives, elles se manifestent souvent par un goût de pourriture, de métal ou de sang dans la bouche.

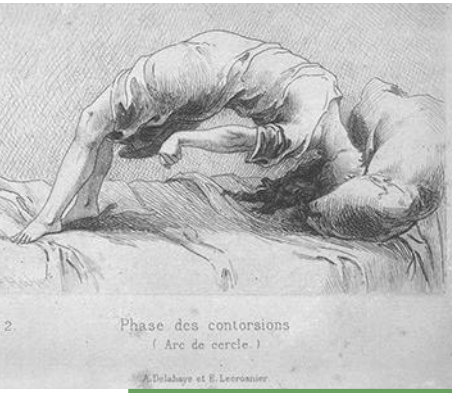
Les hallucinations corporelles Les hallucinations corporelles concernent le toucher ou les sensations corporelles internes. Par exemple, les personnes affectées ont l'impression que des insectes grouillent sous leur peau, ou ressentent des engourdissements ou des brûlures. Comme pour les autres modalités sensorielles, les hallucinations corporelles peuvent être complexes, par exemple avoir l'impression de ne plus avoir de muscles ou de squelette. D'autres hallucinations corporelles portent sur les organes internes. Une personne peut croire qu'il lui manque un organe, qu'une partie d'un de ses organes a été pulvérisée ou encore qu'elle a dans son corps un amas de cellules sans lien entre elles plutôt qu'un organe fonctionnel. Il peut aussi arriver que la personne ait l'impression qu'elle a un organe constitué d'une matière non humaine telle que le métal ou le bois.

La désorganisation de la pensée et du langage

Les délires psychotiques peuvent avoir une remarquable cohérence et se maintenir grâce à leur logique. Dans des cas plus graves de TSS cependant, les déficits cognitifs sont plus marqués, si bien que la pensée se désorganise au point de perdre toute logique (Kuperberg et Heckers, 2000). Selon Docherty (2005), les aspects les plus caractéristiques de ces symptômes sont des déficits des capacités d'attention et de mise en ordre des idées. Les déficits cognitifs se manifestent par une désorganisation plus ou moins avancée du langage.

Le poète et dramaturge Claude Gauvreau a passé une partie de sa vie interné. Son œuvre est marquée par l'*exploréen*, une forme de langage aux limites de l'absence de sens, qui évoque les codes secrets militaires autant que le babil des enfants. Ce type d'innovation créative échappe au sens commun et ressemble parfois à la désorganisation psychotique.





La catalepsie est l'une des formes que peut prendre la catatonie, un symptôme de désorganisation motrice dans la schizophrénie. La catalepsie consiste à adopter des postures rigides qui évoquent une forme bien douloureuse de yoga.

Catatonie

Inertie psychomotrice et négation du monde extérieur.

Stupeur

Forme de catatonie caractérisée par l'absence de mouvement.

Catalepsie

État caractérisé par la perte de la motricité volontaire et de la sensibilité.

Négativisme extrême

Forme de catatonie caractérisée par l'absence de réaction corporelle et la résistance aux tentatives de modifier la posture.

La désorganisation du langage peut prendre la forme d'une fuite des idées qui ressemble à celle qu'on observe dans les troubles bipolaires (voir le chapitre 5) : par exemple, parler beaucoup sans tenir compte du contexte social. La conversation devient un monologue, que la personne atteinte peut tenir même quand elle est seule. L'incohérence est une autre caractéristique courante du langage chez les patients souffrant d'un TSS. La personne enchaîne alors ses phrases de manière incompréhensible et décousue, sautant de manière illogique d'un sujet à l'autre en un coq-à-l'âne continu.

Dans les cas les plus graves de TSS, la désorganisation de la pensée et du langage ne concerne plus seulement leur contenu ou leur aspect social, elle touche aussi la forme. Des schizophrènes peuvent ne plus s'exprimer que par des balbutiements ou par des sons incompréhensibles qui ressemblent à une langue inconnue ou inventée (Covington *et al.*, 2005). L'auteur de science-fiction Philip K. Dick, qui a vécu une longue période psychotique, prétendait que les sons qu'il produisait quand il parlait à ses voix étaient du grec ancien et que leur contenu comportait des messages évangéliques.

Le comportement moteur grossièrement désorganisé (incluant la catatonie)

Une personne qui souffre uniquement d'un trouble délirant peut garder un contact apparent avec le réel au cours de ses activités quotidiennes, comme se nourrir ou s'habiller. Ce n'est toutefois pas le cas pour les personnes qui souffrent de **catatonie**, une désorganisation de la motricité qui se manifeste, par exemple, par une immobilité complète qui peut durer des heures. La catatonie entrave gravement l'autonomie et peut même compromettre la survie. On observe la catatonie dans les troubles les plus graves du spectre de la schizophrénie et dans quelques autres troubles en santé mentale comme la dépression, le trouble bipolaire, les psychoses et certaines conditions médicales (Muneer, 2014). La catatonie est un ensemble de symptômes si différent des autres que des débats ont cours dans la communauté scientifique pour en faire un diagnostic psychiatrique indépendant (Fink, 2011).

Le DSM-5 retient six manifestations de la catatonie : la stupeur, la catalepsie, le négativisme extrême, l'agitation, l'écholalie et l'échopraxie (voir le tableau 9.4). Trois manifestations de la catatonie se caractérisent par de l'immobilité. La **stupeur** est une absence de mouvement simple. La **catalepsie**, à ne pas confondre avec la cataplexie qu'on observe dans les troubles du sommeil (voir le chapitre 12), est plus complexe. Une personne en catalepsie reste immobile en adoptant des postures inconfortables associées à une insensibilité à la douleur. Dans une situation de catalepsie ou de stupeur grave, la personne est sujette aux blessures, à l'épuisement ou à la malnutrition (APA, 2015). Enfin, l'absence de réaction au contact physique est nommée le **négativisme extrême**. La personne affectée de négativisme extrême résiste à toute tentative de mobilisation. Elle ressemble à un pantin de bois immobile.

À l'immobilité extrême peuvent succéder la répétition constante de mêmes gestes ou de l'agitation désordonnée qui semble incontrôlée. La catatonie concerne aussi l'expression du visage, agité de grimaces intenses, et des yeux, qui sont vides et fixes. Les contacts avec autrui sont presque nuls ou affectés par des

Tableau 9.4 Les types de catatonie

Forme de catatonie	Explications
Stupeur	▪ Immobilité rigide dans une position simple
Catalepsie	▪ Immobilité rigide ▪ Maintien de postures tendues et inconfortables ▪ Insensibilité à la douleur
Négativisme extrême	▪ Absence complète de réaction au contact physique, résistance à toute consigne de bouger
Agitation	▪ Mouvements désordonnés ▪ Mouvements répétitifs ▪ Grimaces, tics grotesques
Écholalie	▪ Répétition des propos de l'interlocuteur
Échopraxie	▪ Répétition des mouvements de l'interlocuteur

tics grotesques: répétition involontaire des propos de l'interlocuteur, appelée **écholalie**, ou imitation grossière de son comportement, appelée **échopraxie**.

Dans certains cas graves de schizophrénie, la désorganisation grossière du comportement peut prendre des formes plus actives que la catatonie. Par exemple, une patiente en psychiatrie devait être surveillée parce qu'elle se servait à mains nues dans les assiettes de tous les patients au moment des repas. Une autre laissée sans surveillance à la salle de bain a badigeonné les murs avec ses excréments. La désorganisation peut aussi se manifester dans l'habillement, tel ce patient qui portait un manteau d'hiver avec des sandales et un bonnet de bain.

Écholalie

Répétition de façon involontaire de mots ou de phrases d'abord dits par l'interlocuteur.

Échopraxie

Répétition ou imitation des gestes d'une autre personne de façon involontaire.

EXERCICE 9.2 | Identifier les types de manifestations de la catatonie

Quel type de manifestation de la catatonie est décrit dans chacun des cas suivants ?

1. Mireille reste prostrée en boule dans son lit toute la journée.
2. Olivier imite grossièrement et involontairement le geste de son psychiatre quand il tape sur son ordinateur.
3. Line est comme une statue en chiffon. Les préposés aux bénéficiaires ne peuvent pas la déplacer ou la faire bouger.
4. Quand le colocataire de Vincent est arrivé, il l'a trouvé suspendu sur une seule jambe, une posture qu'il avait gardée toute la journée.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Les symptômes négatifs, aussi appelés symptômes déficitaires

Les symptômes négatifs désignent des comportements qu'une personne a abandonnés, ou qui se sont radicalement appauvris par rapport à son fonctionnement sans la maladie. Avant d'avoir des idées délirantes, des hallucinations



▼
L'émoussement affectif se manifeste par un manque d'expression, parfois décrit comme un visage de cire. Les schizophrènes peuvent perdre aussi la faculté de reconnaître leurs propres émotions ou de décoder celles des autres.

Émoussement affectif

Appauvrissement de l'intensité de l'expérience émotive ressentie et de son expression.

Avolition

Difficulté à prendre une décision, à agir ou à commencer une activité importante, ou encore à persévérer pour l'achever ; perte de la volonté.

Apathie

État de fatigue physique ou psychologique grave qui rend la personne indifférente aux désirs et aux émotions malgré l'insistance de l'environnement pour susciter des réactions.

Alogie

Difficulté à s'exprimer verbalement, pauvreté du langage, tant sur le nombre des mots employés que sur celui du contenu.

ou d'adopter des postures étranges, les personnes chez qui surviennent des TSS tendent à cesser toute activité, notamment les activités sociales (Société québécoise de la schizophrénie, 2006). Comme les symptômes négatifs se manifestent souvent à l'adolescence, avant tout autre symptôme, l'entourage peut les interpréter comme une sorte de crise de croissance (« l'âge ingrat »), ou comme de la paresse. En plus de précéder les symptômes positifs, les symptômes négatifs tendent à durer plus longtemps et à imprégner à long terme le fonctionnement des personnes, même lorsqu'elles ne sont pas en phase aiguë. Les symptômes négatifs les plus courants sont l'appauvrissement des émotions (émoussement affectif), le manque d'énergie et de motivation, l'appauvrissement du langage, la perte du plaisir et le retrait social (APA, 2015). Nous décrivons chacun de ces symptômes négatifs dans les paragraphes suivants.

L'**émoussement affectif** désigne l'appauvrissement de la capacité à décoder, à reconnaître et à exprimer les émotions. L'appauvrissement de ces habiletés entraîne une réduction de la capacité à participer à la vie sociale. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie est incapable de déceler l'ironie : elle ne comprend pas que sa sœur qui fait les gros yeux joue simplement à être fâchée pour la taquiner.

La rupture entre les émotions et leur expression entraîne aussi la perte de l'adéquation entre le contexte et l'émotion exprimée. Par exemple, une personne schizophrène peut être prise d'un fou rire à l'annonce d'un décès, ou éprouver un sentiment de grande détresse dans le cas d'un incident sans gravité. Quant à la réduction de la capacité à reconnaître ses propres émotions, elle est associée à une conscience de soi réduite. Les schizophrènes, surtout en phase aiguë, peuvent ne pas s'apercevoir que leurs propos sont incohérents ou qu'ils négligent gravement leur hygiène corporelle. Les expressions faciales ainsi que les mouvements expressifs du corps et des mains peuvent être réduits à leur minimum, donnant l'impression que ces personnes portent un masque ou qu'elles ont un visage de cire. L'émoussement affectif peut aller jusqu'au retrait affectif, c'est-à-dire que la personne ne manifeste plus de liens affectifs, ou ne semble plus aimer ou être attachée à quiconque (APA, 2015).

Le manque d'énergie et de motivation, que l'on nomme **avolition** (ou aboulie), est un symptôme courant et précoce qui peut avoir de graves répercussions sur la vie scolaire, professionnelle, familiale et sociale d'une personne atteinte d'un TSS avant même que son trouble soit pleinement présent et identifiable. Le manque d'énergie et de motivation prend la forme d'une grande fatigue et d'une perte d'intérêt ou **apathie** : la personne ne parvient pas à remplir ses obligations et passe de longues heures allongée ou à dormir. Ce symptôme négatif peut aller jusqu'à une difficulté à accomplir les gestes de la vie quotidienne, dont ceux de l'hygiène corporelle, ce qui inquiète et irrite souvent les proches (Durand et Barlow, 2002).

L'**alogie** est un appauvrissement des habiletés de communication. Ce symptôme ressemble à ceux de la désorganisation du langage, mais on le classe parmi les symptômes négatifs, car il se manifeste par un manque (Alpert, Kotsaftis et Pouget, 1997). L'alogie peut se présenter sous la forme d'un décalage entre les questions posées et les réponses, comme si la personne réfléchissait au ralenti. Les réponses obtenues sont typiquement peu élaborées et peu significatives. Par exemple, si l'on demande à un schizophrène s'il a bien

EN RELIEF**La psychose et la violence**

Une idée répandue et abusive veut que les personnes schizophrènes soient dangereux. Dans la plupart des cas, les schizophrènes sont au contraire exceptionnellement vulnérables. En effet, plusieurs des symptômes de la psychose entraînent le repli sur soi, l'inactivité et la rigidité motrice, soit des attitudes incompatibles avec la commission d'actes violents.

La décompensation psychotique se produit le plus souvent vers la fin de l'adolescence, après une phase de signes avant-coureurs constituée par les premières manifestations des symptômes négatifs. Ces symptômes comportent une perte des habiletés sociales qui peut exposer un jeune à l'intimidation et aux persécutions. La mise à l'écart de la société, qui est le lot fréquent des schizophrènes, ainsi que l'incapacité à assurer leur autonomie contribuent aussi à les livrer au pouvoir d'autrui et à augmenter le risque de nombreux abus potentiels. Ainsi, de nombreux itinérants atteints de TSS sont morts au Québec ces dernières années à la suite d'interventions policières dans lesquelles le danger réel a pu être mal évalué.

Pourtant, il arrive que des personnes atteintes de TSS commettent des crimes; le public est alors prompt à établir un lien entre ces crimes et la maladie mentale lorsque les médias les rapportent. L'impression que la folie, la schizophrénie en particulier,

conduit à des crimes insensés est renforcée par les procès qui aboutissent parfois à des verdicts de non-responsabilité à cause de troubles mentaux, un thème traité en détail dans le chapitre 17.

En fait, les schizophrènes commettent des actes violents parce qu'ils sont humains et que les êtres humains commettent des actes violents. En commettent-ils plus? Moins? À vrai dire, il n'y a pas consensus sur l'incidence de la violence chez les schizophrènes par rapport à la population générale. Certains symptômes peuvent motiver la violence, en particulier les délires de persécution. Se sentant menacée, une personne en délire peut agir agressivement, car elle se croit en position de légitime défense. Les victimes des schizophrènes sont souvent leurs proches qui, par effet de proximité, sont plus facilement les cibles de leurs délires.

Aussi, les cas de violence chez les schizophrènes sont plus fréquents chez ceux qui présentent moins de symptômes négatifs et ceux qui présentent des traits de personnalité de psychopathes (Bo *et al.*, 2011). Des données québécoises (Dumais *et al.*, 2011) indiquent que des troubles concomitants d'abus de substances et des traits d'impulsivité sont associés à une plus grande incidence des cas de violence les plus graves commis par des schizophrènes.

déjeuné, on pourrait obtenir après un long délai cette réponse sommaire: «J'ai mangé.» Les mots et les idées peuvent également être répétitifs.

L'**anhédonie** est la perte du sentiment de plaisir à faire des activités qui sont agréables pour la plupart des gens, par exemple, partager un repas ou s'adonner à des relations sexuelles satisfaisantes (Durand et Barlow, 2002). L'anhédonie est aussi un symptôme des troubles dépressifs (*voir le chapitre 5*). En clinique, elle est souvent décrite comme un symptôme difficile à supporter tant pour la personne touchée que pour ses proches, puisque cette perte de plaisir peut entraîner le sentiment que la vie n'a plus d'intérêt et peut faire perdre toute motivation.

Quant au retrait social, on le considère comme un symptôme lorsque la personne se désinvestit de la sphère sociale. Pour être reconnu comme symptôme de la schizophrénie, le retrait social doit s'installer dans le temps et ne doit pas être lié à une circonstance telle qu'une peine d'amour ou une dispute.

Anhédonie

Absence de plaisir à faire des activités qui sont agréables pour la plupart des gens.

9.1.3 Une description clinique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

Parmi les troubles du spectre de la schizophrénie, celui qui présente le plus grand nombre de symptômes est la schizophrénie proprement dite.

EXERCICE 9.3 | Identifier les symptômes négatifs

Quel type de symptôme négatif est décrit dans chacun des cas suivants ?

1. Mathieu ignore ses amis quand il les croise et il passe ses journées seul.
2. L'expression du visage de Johannie est vide, peu importe qu'on lui raconte des événements heureux ou malheureux.
3. Louis joue au jeu vidéo presque 24 heures sur 24, ne fait rien d'autre et ne s'intéresse à aucune autre activité.
4. Claudia parlait autrefois de voyager. Elle reste indifférente quand on lui en parle aujourd'hui.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

L'encadré 9.1 présente les critères diagnostiques de la schizophrénie tels qu'ils sont définis dans le *DSM-5*. La présence d'au moins deux des cinq types de symptômes décrits précédemment (critère A), la perturbation significative du fonctionnement (critère B) et la durée de la perturbation (au moins six mois, critère C) permet de distinguer la schizophrénie des autres diagnostics de psychose. Cependant, les symptômes peuvent différer totalement d'une personne à l'autre et aussi fluctuer chez une même personne (Durand et Barlow, 2002). La schizophrénie peut ne pas inclure de symptômes moteurs grossièrement désorganisés (pas de catatonie), ni de symptômes négatifs, auquel cas la désorganisation de la personne atteinte est moins complète (APA, 2015).

Le *DSM* tient également compte de la gravité des symptômes psychotiques (hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement psychomoteur anormal, symptômes négatifs (expressivité émotionnelle limitée, avolition), fonction cognitive affaiblie, dépression, manie), qui sont évalués sur une échelle en cinq points :

0. absent
1. limite
2. léger
3. modéré
4. grave

Le tableau 9.5, à la page 234, résume les principaux diagnostics des TSS décrits par le *DSM-5*. Les moins invalidants d'entre eux comportent un moins grand nombre de symptômes, durent moins longtemps ou sont liés à des facteurs temporaires identifiables.

Le **trouble délirant** est caractérisé par la présence d'idées délirantes, à l'exclusion des quatre autres types de symptômes des TSS. Le type d'idée délirante est à spécifier lorsqu'un clinicien pose un diagnostic de trouble délirant. On prend en compte également la bizarrerie des idées délirantes pour évaluer leur gravité.

Le *DSM-5* permet aussi d'établir des diagnostics de troubles psychotiques liés à des affections médicales ou à la consommation de substances. La durée des

Trouble délirant

Trouble psychotique caractérisé par la présence d'idées délirantes, à l'exclusion des autres symptômes des TSS.

symptômes permet de distinguer deux diagnostics qu'on pourrait qualifier de psychoses brèves.

Le **trouble psychotique bref** peut comporter un ou plusieurs des cinq symptômes caractéristiques des TSS, mais leur durée sera inférieure à un mois.

Trouble psychotique bref

Trouble caractérisé par la présence d'un seul ou de plusieurs des cinq symptômes des TSS pendant moins d'un mois.

ENCADRÉ 9.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la schizophrénie

- A** Deux [symptômes (ou plus) parmi les] suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace); dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D** Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus [...].
- E** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue ou un médicament donnant lieu à un abus) ou à une autre pathologie médicale.
- F** S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Gueïfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Tableau 9.5 Les troubles du spectre de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques

Trouble	Principaux symptômes
Trouble délirant	<ul style="list-style-type: none"> La personne a des idées délirantes pendant au moins un mois. (S'il y a des hallucinations, celles-ci sont liées aux idées délirantes.) Il y a sept types : érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique, mixte et non spécifié.
Trouble psychotique bref	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'au moins un des cinq symptômes des TSS. Les symptômes sont présents au moins un jour, mais moins d'un mois.
Trouble schizophréniforme	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes semblables à ceux de la schizophrénie, mais durant plus d'un mois et moins de six mois.
Trouble schizoaffectif	<ul style="list-style-type: none"> En plus des symptômes positifs ou négatifs schizophréniques, il y a soit un épisode dépressif majeur (ou caractérisé), soit un épisode maniaque.
Trouble psychotique dû à une affection médicale générale	<ul style="list-style-type: none"> Les hallucinations et les idées délirantes ont pour origine une perturbation physiologique d'ordre médical.
Trouble psychotique induit par une substance (alcool, drogues, médicaments, solvants, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Les hallucinations et les idées délirantes sont liées à une substance (consommation, intoxication, sevrage). Note : pour le diagnostic, on ne considère pas les hallucinations ou les idées délirantes que la personne est consciente d'avoir à cause de la substance consommée.

Source : Adapté de APA (2015), p. 107-136.

Trouble schizophréniforme

Trouble caractérisé par la présence de tous les symptômes de la schizophrénie pendant moins de six mois.

Trouble schizoaffectif

Trouble caractérisé par la présence de symptômes des TSS et d'un épisode de dépression ou de manie.

Quant au **trouble schizophréniforme**, il est caractérisé par la présence des mêmes symptômes que la schizophrénie, mais leur durée ne dépasse pas six mois. Un des TSS décrits par le *DSM-5* est un trouble de la personnalité : la personnalité schizotypique (voir le chapitre 10).

Un autre trouble, le **trouble schizoaffectif**, est caractérisé par la présence de symptômes des TSS associés avec un épisode de dépression ou de manie (voir le chapitre 5 pour la description de ces épisodes).

9.2 La prévalence des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

La schizophrénie touche environ 1 % de la population adulte (Ellert, 2014), une proportion de la population équivalente dans toutes les parties du monde et dans toutes les périodes historiques, ce qui distingue la schizophrénie d'autres troubles qu'on observe uniquement dans un contexte culturel spécifique. L'incidence des autres TSS serait à peu près équivalente (APA, 2015). Les deux sexes sont également touchés par ces troubles, mais les symptômes négatifs sont plus fréquents chez les hommes, alors que le trouble schizoaffectif est plus fréquent chez les femmes (APA, 2015). Les TSS peuvent se présenter en comorbidité avec d'autres troubles en santé mentale.

L'incidence des TSS serait deux à trois fois plus élevée chez les personnes présentant un handicap intellectuel (Hemmings, 2006). Dans la majorité des cas, les TSS se manifestent à partir de la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte

(APA, 2015). Une minorité de cas se manifestent après l'âge de 40 ans (Howard *et al.*, 2000). Chez les hommes, les TSS se manifestent le plus souvent à la fin de l'adolescence, et on compte plus de femmes parmi les personnes dont la maladie survient à un âge plus avancé (Agence de la santé publique du Canada, 2006).

9.3 Les facteurs de risque liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques

Les gènes d'une personne déterminent-ils que son cerveau se développera d'une manière aberrante, si bien qu'elle sera condamnée, dès sa conception, à devenir schizophrène? Ou les gènes créent-ils seulement des conditions propices à la manifestation de la maladie? Les données actuelles tendent à appuyer vers cette seconde hypothèse: des gènes prédisposent à la schizophrénie, mais ne la déterminent pas. Mais alors, quels facteurs peuvent affecter le cerveau d'une personne prédisposée et la faire basculer dans la schizophrénie? Quelles conditions de vie peuvent exercer une telle pression sur les personnes présentant une fragilité génétique qu'elles déclenchent un épisode psychotique ou plongent ces personnes dans la psychose? Les sections suivantes présentent des données sur les facteurs biologiques et sur les facteurs psychologiques et sociaux des TSS.

9.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques

Les TSS sont caractérisés par des prédispositions héréditaires ainsi que par des anomalies du fonctionnement du cerveau.

L'hérédité

De nombreuses données indiquent que la schizophrénie est liée à une vulnérabilité inscrite dans les gènes (*voir le tableau 9.6 à la page suivante*). Gottesman (1991) présente une synthèse d'une quarantaine d'études qui montrent que plus on est proche génétiquement d'une personne schizophrène, plus on risque de l'être aussi. La probabilité d'être schizophrène est de 48 % quand on a un jumeau identique schizophrène. Chez les jumeaux dizygotes, le risque chute à 10 % (SQS, 2006). Un enfant adopté qui a une mère biologique schizophrène a 5 % de risque d'acquérir la maladie, comparativement à moins de 1 % pour l'ensemble de la population, ce qui est la prévalence du trouble (Tienari, 1991). Si la maladie de la mère biologique de l'enfant adopté comprend, en plus de la schizophrénie, un autre TSS, le risque que cet enfant soit affecté par un de ces troubles augmente à 22 % (Tienari *et al.*, 2003). Donc, même si un enfant n'est pas élevé par ses parents souffrant de schizophrénie, il présente un risque plus élevé de souffrir d'un TSS. La prédisposition héréditaire à la

schizophrénie semble provenir d'une interaction complexe de plusieurs gènes, en bonne partie les mêmes qui sont associés à la fragilité aux troubles bipolaires (Owen, Craddock et Jablensky, 2007).

Cependant, l'hérédité n'explique pas entièrement que quelqu'un devienne schizophrène. À preuve, 52 % des jumeaux identiques de schizophrènes ne manifestent aucun symptôme de ce trouble (Franzek et Beckmann, 1998). Il faut donc que des facteurs du milieu interagissent avec les prédispositions génétiques.

Tableau 9.6 Les gènes et la schizophrénie

Proximité génétique	Nombre de personnes atteintes
Population	1 %
Parents du deuxième degré (oncle, tante, cousin)	5 %
Parents du premier degré (mère, père, frère, sœur)	10 %
Jumeaux différents (jumeaux hétérozygotes)	10 %
Enfants de parents atteints tous deux de schizophrénie	40 %
Jumeaux identiques (jumeaux monozygotes)	50 %

Source : Données tirées de Fondation des maladies mentales (2015).

Les anomalies du système nerveux

Les TSS ne sont pas seulement liées à des prédispositions génétiques: elles sont aussi associées à des anomalies du système nerveux. Le cerveau des personnes qui souffrent de schizophrénie s'organise, se développe et fonctionne différemment du cerveau des personnes qui ne présentent aucun TSS (Conrad *et al.*, 1991).

Examinons d'abord les particularités de la structure du cerveau des schizophrènes. Les ventricules, soit les espaces dans la masse cérébrale qui ne contiennent pas de neurones, sont souvent plus vastes dans le cerveau des schizophrènes, ce qui pourrait comprimer les tissus cérébraux (Glaser *et al.*, 2004). Chez la plupart des êtres humains, l'une des moitiés du cerveau est généralement plus volumineuse que l'autre c'est ce qui explique que l'on est droitier ou gaucher. Le cerveau des schizophrènes tend au contraire à être plus fréquemment symétrique. Les ambidextres sont de ce fait plus fréquents parmi les schizophrènes (Crow, 1997).

Le développement du cerveau des schizophrènes présente lui aussi des particularités. Au moment où la séquence de maturation du cerveau est censée se compléter à la fin de l'adolescence, on observe chez les schizophrènes une grande perte de matière grise (Thompson *et al.*, 2001). L'âge où survient ce curieux phénomène précède de peu l'âge où les symptômes commencent à se manifester dans la plupart des cas.

Sur le plan du fonctionnement du cerveau, chez beaucoup de schizophrènes, on observe une activité des lobes frontaux moindre et une anomalie dans la chimie du cerveau, surtout en ce qui concerne le neurotransmetteur appelé dopamine. Les lobes frontaux et la dopamine jouent des rôles importants dans la **gestion exécutive** du comportement, c'est-à-dire la planification, la pensée

Gestion exécutive

Ensemble de fonctions du cerveau qui incluent la pensée abstraite, la planification et le contrôle de son propre comportement.

abstraite et le contrôle du corps. La moindre activité des lobes frontaux est associée aux symptômes négatifs des troubles du spectre de la schizophrénie, notamment l'apathie (Roth *et al.*, 2004) et le retrait social. Un surplus de dopamine est associé pour sa part aux idées délirantes et aux hallucinations. Ainsi, les drogues qui favorisent la circulation de la dopamine, comme la cocaïne, peuvent conduire à des perturbations semblables à ces symptômes positifs des TSS, notamment à des délires de grandeur et de persécution (Goetz *et al.*, 2001). Inversement, les médicaments antipsychotiques qui agissent en limitant la circulation de la dopamine réduisent la plupart de ces symptômes.

Mais la schizophrénie ne peut se réduire à une production anormale de dopamine. Certains symptômes ne sont pas atténués par les antagonistes de la dopamine, principalement les symptômes négatifs. En outre, plusieurs schizophrènes ne répondent pas du tout aux traitements faisant appel à ces médicaments (Kane et Freeman, 1994).

Un autre neurotransmetteur, le glutamate, interagit avec la dopamine et pourrait intervenir dans les perturbations complexes à l'origine des TSS (Konradi et Heckers, 2003). Le glutamate intervient notamment dans l'activité des neurones sensoriels, et son mauvais fonctionnement pourrait favoriser des hallucinations. On note d'ailleurs que le PCP, une drogue chimique relativement populaire chez les jeunes au Québec, favorise l'action du glutamate et peut induire lui aussi des symptômes semblables aux symptômes positifs des TSS, notamment des hallucinations (Jentsch *et al.*, 1997).

D'autres données indiquent que la schizophrénie s'accompagne de déficits en sérotonine. Or, ce neurotransmetteur joue un rôle dans la régulation émotionnelle, et son déficit pourrait intervenir dans certains des symptômes négatifs (Bleich *et al.*, 1988).

Une partie des anomalies au système nerveux des schizophrènes pourrait donc être la conséquence des TSS. Tout comme les musiciens développent des régions particulières de leur cerveau à force de pratiquer leur art, il se peut que l'expérience des hallucinations finisse par altérer le cerveau. De nombreuses anomalies du cerveau semblent cependant constituer un élément important de la prédisposition à la schizophrénie. Les données les plus concluantes proviennent d'études effectuées chez des membres de la famille de personnes schizophrènes. On a observé en effet qu'au sein de cette parenté, certains semblent présenter davantage de déficits touchant la gestion exécutive (Reuter et Kathman, 2004) et le décodage émotionnel, et ce, dans une proportion plus grande que la population générale (Scala *et al.*, 2014). Ainsi, pour mesurer la gestion exécutive, des chercheurs ont conçu une tâche qui consiste à suivre des yeux les mouvements d'un point sur un écran. Durant cette tâche, les yeux des schizophrènes effectuent des mouvements saccadés plutôt qu'un mouvement fluide. Or, fait surprenant, les proches parents des schizophrènes tendent eux aussi à présenter cette particularité (Ettinger *et al.*, 2004).

Ainsi, une personne peut hériter exactement comme sa vieille tante d'un cerveau présentant toutes sortes d'anomalies qui les rendent toutes deux plus susceptibles de manifester des symptômes de psychose. Pourtant, cette personne souffre de schizophrénie et sa vieille tante n'en souffre pas. Que survient-il dans leur vie pour expliquer cette différence ?



Les événements agréables ou socialement investis, comme un examen, une fête, une promotion ou une naissance, peuvent également être source d'un stress difficile à gérer. La personne schizophrène est plus vulnérable à ces événements, car les distorsions cognitives ne lui permettent pas de les percevoir et de les analyser de manière efficace.

Le milieu biologique

Des influences biologiques contribueraient à fragiliser le système nerveux et à actualiser une prédisposition génétique pour les TSS. Ces influences pourraient être déterminantes si elles s'exercent durant des périodes critiques du développement (Caspi *et al.*, 2005). Les effets de ces perturbations pourraient passer inaperçus pendant l'enfance, puis se manifester lorsque le cerveau atteint sa maturité au début de l'âge adulte (Katsnelson, 2014).

Des infections virales qui affectent l'embryon avant sa naissance pourraient fragiliser le développement de son système nerveux (Brown, 2006). Il est curieux de constater

qu'il y a davantage de cas de schizophrénie et des autres TSS parmi les personnes qui sont nées en hiver dans l'hémisphère nord, une saison de plus grande activité virale (Cannon *et al.*, 2003). L'exposition prénatale au virus de l'influenza pourrait augmenter le risque de souffrir de schizophrénie et il en serait de même de l'exposition au parasite de la toxoplasmose, un parasite véhiculé notamment par les excréments de chat (Torrey, Bartko et Yolken, 2012).

La consommation de cannabis est un autre facteur de risque sur lequel beaucoup de données récentes s'accumulent. Le cannabis pourrait augmenter la probabilité de manifester des symptômes de psychose, surtout s'il est consommé à l'adolescence, alors que le cerveau est en croissance et potentiellement plus fragile (Mazzoncini, 2010). Mais le cannabis pourrait aussi être utilisé par les schizophrènes pour accompagner ou atténuer les symptômes psychotiques, comme si les personnes atteintes trouvaient là un moyen de s'autoadministrer une forme de médicament (Ferdinand *et al.*, 2005).

9.3.2 Les facteurs psychologiques et sociaux liés aux troubles du spectre de la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques

Les relations précoces au sein du milieu des schizophrènes ont beaucoup été étudiées, en particulier par les psychanalystes. Des carences graves du lien d'attachement en bas âge pourraient contribuer à fragiliser une personne prédisposée aux TSS (Bentall *et al.*, 2012).

Comme dans les autres troubles en santé mentale, le stress, les malheurs de la vie et les tracas de la vie quotidienne peuvent augmenter la fragilité aux TSS et servir de catalyseur à l'apparition des symptômes. Un milieu de vie hostile peut aussi hypothéquer les résistances. Les collégiens en peine d'amour, en période d'examen ou vivant des difficultés économiques ou relationnelles graves pourront plus facilement entrer en psychose à ces moments de leur vie plutôt qu'à d'autres.

La capacité à gérer le stress peut être plus faible chez une personne dont les facultés mentales sont affectées (Lalonde *et al.*, 1995). D'ailleurs, les événements agréables ou socialement investis peuvent également être source d'un stress difficile à gérer, notamment un examen, une promotion, un déménagement, un

mariage ou une fête, ou encore une naissance. Lorsque des événements stressants de tous types s'additionnent dans une période trop courte pour permettre à la personne de récupérer, l'apparition des symptômes et les rechutes deviennent plus probables (Lalonde *et al.*, 1995).

L'incidence de la schizophrénie est plus élevée dans les milieux pauvres et dans les milieux urbains (Mueser, Salyers et Mueser, 2001). Mais ces facteurs pourraient être la conséquence de la schizophrénie plutôt que des facteurs qui favorisent la manifestation de la maladie. En effet, il n'est pas surprenant que les schizophrènes soient plus pauvres que la moyenne de la population, puisque cette maladie hypothèque gravement leurs capacités professionnelles et leur intégration sociale. De même, les personnes qui souffrent de trouble en santé mentale, les schizophrènes en particulier, vivent souvent dans la marginalité sociale et sont surreprésentées parmi les itinérants dans les villes, notamment à Montréal (Poirier, 2007).



Bien que la schizophrénie tende à être une maladie chronique, il est fréquent que les personnes qui en souffrent arrêtent la médication parce qu'elles ont l'impression que leurs symptômes sont maîtrisés. Le suivi s'avère donc particulièrement important pour surveiller la prise des médicaments et les signes de rechute.

9.4 Les interventions et les traitements des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

Plusieurs symptômes des TSS ont un caractère asocial et les délires sont parfois agressifs et menaçants. Une longue tradition d'enfermement et de mise à l'écart des malades a donc accompagné la recherche de traitements efficaces. En plus, la schizophrénie pose un défi immense à la science, qui est d'ailleurs encore bien loin d'avoir entièrement réussi à comprendre cette maladie. Les traitements utilisés se sont confondus et se confondent encore souvent avec des mesures de contrôle des patients. Encore aujourd'hui, les patients dans les hôpitaux psychiatriques du Québec peuvent être placés en isolement (enfermés dans une pièce capitonnée) ou soumis à la contention (attachés à leur lit), souvent parce que la personne est tellement désorganisée qu'elle risque de se blesser ou de blesser autrui. Les droits des patients psychiatriques ont beaucoup progressé depuis deux générations, et les mesures d'enfermement, quand elles sont jugées nécessaires, sont encadrées par des balises légales. La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* vise à protéger autant la société que les personnes atteintes, en les empêchant de commettre des actes violents. Bien qu'on puisse s'interroger au sujet de son application, cette loi est orientée vers la prévention (McCubbin et Cohen, 1998). Le chapitre 17 traite en détail des enjeux éthiques et légaux qui entourent les soins en santé mentale.

Les traitements les plus utilisés pour la schizophrénie et les troubles psychotiques sont décrits ci-après. Ils se regroupent en trois dimensions: biologique, psychologique et sociale.

9.4.1 La dimension biologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

Une transformation des conditions de traitement et de vie des personnes schizophrènes est survenue à la suite de la mise au point des médicaments psychotropes à partir des années 1950. Dérivée de recherches sur un antihistaminique et d'abord utilisée en chirurgie par Henri Laborit, la chlorpromazine, commercialisée en France en 1952 et mieux connue sous le nom commercial Largactil^{MD}, est considérée comme le premier médicament psychotrope et le prototype du médicament psychiatrique (Swazey, 1974). Pour les patients agités, la chlorpromazine est devenue une solution de rechange aux contentions. On l'a d'ailleurs surnommée la «camisole de force chimique». Bien qu'elle soit imparfaite, cette solution a permis à de nombreuses personnes de ne plus passer leur vie dans un hôpital et de réintégrer leur foyer. Cependant, les médicaments de première génération (appelés neuroleptiques classiques) provoquaient des effets secondaires importants comme des mouvements incontrôlés du visage ou des tremblements.

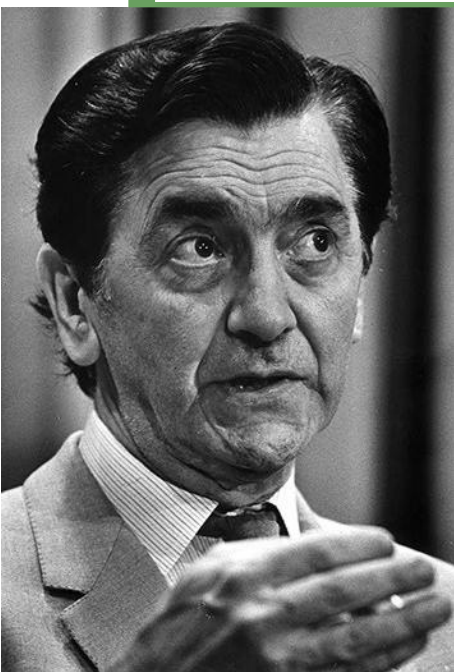
Les antipsychotiques de deuxième génération (appelés neuroleptiques atypiques), bloquent quant à eux à la fois les récepteurs à dopamine et à sérotonine et sont maintenant le traitement tout indiqué pour la psychose. Accessibles depuis les années 1990, ils provoquent moins d'effets indésirables de type moteur, mais provoquent d'autres effets secondaires comme la prise de poids, la rétention d'eau, la bouche sèche et pâteuse, une baisse du désir sexuel, des dysfonctionnements sexuels (lubrification et érection) et des symptômes négatifs tels que la perte d'énergie, de l'amotivation et de l'anhédonie. On utilise les neuroleptiques ou antipsychotiques afin de réduire l'évolution des symptômes positifs, particulièrement dans la période aiguë (Lalonde *et al.*, 1995). Aujourd'hui, plusieurs molécules sont utilisées, seules ou combinées, selon les symptômes que présente la personne et sa tolérance aux effets secondaires; on peut aussi moduler le dosage. De plus, la médication prescrite cible mieux les symptômes, et les personnes schizophrènes peuvent mener une vie sociale active.

Des antidépresseurs et des anxiolytiques peuvent également être prescrits pour aider la personne à affronter sa maladie. Enfin, des antiparkinsoniens peuvent s'avérer nécessaires lorsque l'antipsychotique utilisé provoque des tremblements.

On observe également que certaines personnes ne ressentent plus leurs émotions, ce qui les motive parfois à ne pas respecter leur prescription, voire à interrompre la médication. Le suivi est donc particulièrement important pour surveiller la prise des médicaments et les signes de rechute, de même que les besoins d'ajustement de la prescription en fonction des effets que ressent la personne atteinte.

En ce qui concerne la prévention, les cliniques de première ligne jouent un rôle important pour intervenir lors des premiers épisodes psychotiques. Une intervention rapide limite l'apparition et l'augmentation des symptômes.

Le Dr Camille Laurin, psychiatre, puis politicien, a signé la postface de l'ouvrage intitulé *Les fous crient au secours* (1961), écrit par Jean-Charles Pagé. Celui-ci y dénonce les conditions difficiles et aliénantes dans les hôpitaux québécois des années 1950 où il a été patient.



9.4.2 La dimension psychologique des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

Les hôpitaux du Québec ont mis sur pied des thérapies cognitives comportementales qui permettent d'atténuer les symptômes de la schizophrénie et de mieux outiller les personnes qui en sont atteintes pour gérer les idées délirantes et les hallucinations (Lecomte, 1999). Dans le cadre de ces thérapies, on reconnaît l'importance d'aborder avec le patient sa motivation, son estime personnelle et ses émotions (Lapasset et Silverstein, 2004).

Un symptôme courant chez les personnes schizophrènes est l'isolement. L'évaluation de la **cognition sociale** permet de proposer des exercices adaptés à la personne. Ainsi, elle peut améliorer sa capacité à comprendre les situations sociales et la gestion de ses émotions (Prouteau *et al.*, 2011).

Cognition sociale

Compétence en matière de perception, d'analyse, de mémorisation et d'expression émotionnelle dans un contexte d'interactions interpersonnelles.

EN RELIEF

Le risque de suicide

Près de 42 % des patients atteints de schizophrénie tentent de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie (Caldwell et Gottesman, 1992), et de 4 % (Inskip, Harris et Barraclough, 1998 ; Palmer, Pankratz et Bostwick, 2005) à 15 % (Amador *et al.*, 1996) décèdent par suicide. Vrakas (2008) a réalisé une étude au sujet de l'impact de la maladie sur le suicide. Les conclusions sont les suivantes :

- Les patients atteints de schizophrénie décédés par suicide auraient accepté leur maladie plus difficilement que les patients non suicidaires ; ils l'auraient aussi moins bien comprise. De plus, ils auraient refusé leur traitement médicamenteux plus souvent que les patients du groupe témoin (non suicidaire).
- Le risque suicidaire est plus élevé pendant les 10 années suivant le diagnostic.
- Les parents des patients atteints de schizophrénie décédés par suicide auraient joué un rôle moindre dans le traitement de la maladie de leur enfant que les parents des patients du groupe témoin. De plus, une plus grande proportion des parents des patients suicidaires n'auraient pas accepté la maladie de leur enfant au moment du diagnostic par comparaison avec les parents des patients du groupe témoin.

Cette étude de Vrakas met en lumière l'importance de l'accompagnement pour arriver à comprendre et à accepter la maladie ainsi que des deuils qu'elle peut engendrer (par exemple, renoncer à certains projets de carrière, à fonder une famille ou à être totalement autonome). Elle met aussi l'accent sur l'importance de l'engagement des proches dans le traitement de la maladie et la lutte contre la stigmatisation à grande échelle. En effet, on peut supposer que s'il y avait moins de préjugés et de discrimination, et plus d'intégration, un nombre inférieur de personnes schizophrènes seraient suicidaires, car cette froideur et cette incompréhension sociales s'ajoutent aux symptômes déjà souffrants de la schizophrénie.

9.4.3 La dimension sociale des troubles du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques

Après une décompensation ayant conduit à l'hospitalisation, le retour à la vie à l'extérieur de l'hôpital peut nécessiter un accompagnement. Des foyers de groupe ou des appartements supervisés permettent aux patients d'acquérir une certaine autonomie et d'entreprendre des activités de réinsertion dans la vie quotidienne. Par exemple, il peut s'agir de faire la cuisine et les courses, d'entretenir son logis ou de préparer un budget. Les activités se déroulent souvent en groupe, ce qui permet aussi de socialiser et de briser l'isolement.

Il existe aussi des programmes communautaires, qui visent à diminuer les craintes et les préjugés qui rendent difficile la réinsertion des personnes ayant des troubles de santé mentale, notamment au moyen de campagnes de sensibilisation auprès du grand public. Aussi, un éducateur peut se rendre sur le lieu de travail d'une personne afin de s'assurer qu'elle s'y sent bien et soutenir l'employeur ou l'établissement d'enseignement en fournissant de l'information. Malheureusement, les ressources psychologiques et sociales sont lourdement débordées par les besoins en santé mentale. Beaucoup de schizophrènes sont laissés à eux-mêmes et viennent grossir les rangs des itinérants.

Le tableau 9.7 présente les objectifs généraux de l'approche biopsychosociale pour le traitement de la schizophrénie.



Une œuvre de Johanne Rousseau, de la collection des Impatients. Les Impatients sont un organisme communautaire qui vient en aide aux personnes atteintes de troubles en santé mentale au moyen de l'expression artistique.

Tableau 9.7

Les objectifs généraux de l'approche biopsychosociale pour le traitement de la schizophrénie

Dimension biologique	Dimension psychologique	Dimension sociale
<p>Utilisation de médicaments pour lutter contre les symptômes, particulièrement les symptômes positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antipsychotiques contre les idées délirantes et les hallucinations ; ▪ antidépresseurs ; ▪ anxiolytiques ; ▪ sédatifs ; ▪ antiparkinsoniens pour lutter contre les effets secondaires des antipsychotiques (par exemple, les tremblements). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître et comprendre la maladie, les symptômes, l'évolution possible, le pronostic ▪ Accepter les deuils et les limitations créés par la maladie ▪ Travail psychothérapeutique sur les événements de vie associés ▪ Travail sur les symptômes cognitifs ▪ Travail sur les habiletés sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement au travail ▪ Sensibilisation ▪ Lutte contre la stigmatisation et les préjugés ▪ Soutien à la famille et aux proches

RÉSUMÉ

Les troubles du spectre de la schizophrénie (TSS) et les autres troubles psychotiques

- Les troubles du spectre de la schizophrénie (TSS) se définissent par une perte de contact avec la réalité.
- Ces troubles présentent à des degrés divers cinq caractéristiques regroupées en deux catégories: les symptômes positifs et les symptômes négatifs.
- Les symptômes positifs désignent des ajouts par rapport à ce que serait la personne qui ne souffrirait pas de ce trouble. Ils incluent d'abord les idées délirantes et les hallucinations.
- Le premier symptôme positif est l'idée délirante, soit une distorsion cognitive portant le plus souvent sur des idées de persécution ou de grandeur. Les idées délirantes les plus atypiques sont considérées comme bizarres.
- Le deuxième symptôme positif est l'hallucination, un problème d'ordre perceptuel. Les hallucinations les plus répandues sont auditives (entendre des voix).
- Le troisième symptôme positif est un discours désorganisé (c'est-à-dire incohérent).
- Le quatrième est un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique. La catatonie est un symptôme moteur caractérisé par l'immobilité, des postures fixes ou de l'agitation motrice.



Fiche de révision

- Les symptômes négatifs désignent des pertes par rapport à ce que serait la personne sans le trouble. Ils incluent l'avolition, l'anhédonie, le retrait social et l'émoussement affectif.
- Les critères diagnostiques déterminant le type de psychose ou d'autres TSS dépendent du nombre de symptômes et de leur durée.

Le traitement inspiré de l'approche biopsychosociale

- Le traitement inspiré de l'approche biopsychosociale comporte d'abord un soutien médicamenteux adapté à la personne et suivant l'évolution de ses symptômes.
- Il requiert également un soutien psychologique visant à aider la personne à mieux comprendre ce qu'elle vit et à l'outiller (par exemple, au moyen de la gestion des émotions, du développement des habiletés sociales, de la réparation de l'estime de soi, etc.).
- Finalement, il inclut un soutien social et communautaire, l'appui des proches et l'intégration sociale étant, notamment par le travail ou les études, des facteurs souvent sous-estimés dans le processus de guérison ou d'amélioration de la condition.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association IRIS
www.associationiris.ca

**Association laurentienne
des proches de la personne atteinte
de maladie mentale inc.**
www.alppamm.org

**Association lavalloise de parents
et amis pour le bien-être mental**
alpabem.qc.ca

**Institut universitaire
en santé mentale de Québec**
www.institutsmq.qc.ca

**Société québécoise
de la schizophrénie**
www.schizophrenie.qc.ca

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Par Alain Huot et Julie-Anne Lalonde

PLAN DU CHAPITRE

10.1 Une description clinique des troubles de la personnalité	246
10.1.1 Les critères généraux d'un trouble de la personnalité	246
10.1.2 Les 10 troubles de la personnalité	247
10.2 La prévalence des troubles de la personnalité	265
10.3 Les facteurs de risque liés aux troubles de la personnalité	266
10.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles de la personnalité	267
10.3.2 Les facteurs interpersonnels et sociaux liés aux troubles de la personnalité	267
10.3.3 Les facteurs cognitifs liés aux troubles de la personnalité	269
10.4 Les traitements des troubles de la personnalité	269
10.4.1 La médication liée aux troubles de la personnalité	270
10.4.2 La psychothérapie liée aux troubles de la personnalité	270



Plusieurs troubles en santé mentale découlent de difficultés reliées à un aspect de l'expérience, par exemple, les humeurs ou les cognitions. Dans les troubles de la personnalité, tous les aspects de l'expérience peuvent être affectés. En effet, la personnalité est formée d'un ensemble de traits qui déterminent à long terme autant les humeurs, les cognitions, les relations interpersonnelles que les comportements (Bouchard et Gingras, 2007). Les troubles de la personnalité affectent donc ces traits dont on considère qu'ils établissent le sentiment d'identité de la personne.

10.1 Une description clinique des troubles de la personnalité

Personnalité

Ensemble de caractéristiques psychologiques et comportementales donnant à la personne son sentiment d'identité.

La **personnalité** est souvent considérée comme l'essence d'un individu. Elle est à la fois dynamique et stable : dynamique parce que la personnalité permet une variété de comportements et de transformations, et stable parce qu'une personne reste reconnaissable au fil des changements importants liés à son développement et à la transformation de ses rôles sociaux. Par exemple, un homme est d'abord un adolescent turbulent, puis un professionnel respecté, puis un grand-père affectueux, mais il se reconnaît pourtant à travers toutes les phases de son existence.

Trait de personnalité

Caractéristique psychologique d'une personne qui décrit un aspect usuel de son comportement, de sa vie émotionnelle, de son style cognitif et de sa manière d'interagir avec autrui.

Les **traits de personnalité** sont les caractéristiques comportementales, cognitives et émotionnelles qui constituent la personnalité. Ce sont, par exemple, la méfiance, le perfectionnisme, le détachement par rapport aux relations sociales, les croyances bizarres ou l'impulsivité. Tout un courant de recherche en psychologie s'occupe de les décrire, de les classer et d'expliquer leur apparition et leur développement.

10.1.1 Les critères généraux d'un trouble de la personnalité

Les traits de personnalité sont plus ou moins adaptatifs. Certains traits comme l'humour ou l'empathie contribuent à des rapports humains harmonieux. L'impatience ou l'inquiétude peuvent au contraire être agaçantes pour l'entourage. D'autres traits enfin, comme la méfiance extrême ou le besoin constant d'être rassuré, peuvent être carrément rigides et inadaptés. Ces traits se manifestent par des comportements qui perdurent, malgré qu'ils provoquent une souffrance psychologique ou nuisent aux relations interpersonnelles, à la capacité à travailler ou à d'autres domaines du fonctionnement. De tels traits constituent alors des **troubles de la personnalité**.

Le *DSM-5* décrit d'abord les critères permettant de reconnaître un trouble général de la personnalité, puis des critères spécifiques déterminant 10 troubles de la personnalité (voir la section suivante). L'encadré 10.1 présente les critères du trouble général de la personnalité, tels qu'ils sont décrits dans le *DSM-5*.

Trouble de la personnalité

Ensemble de traits de personnalité rigides, inadaptés ou provoquant une souffrance psychologique chez la personne atteinte ou chez les personnes de son entourage.

ENCADRÉ 10.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble général 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.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).
 2. L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
 3. Le fonctionnement interpersonnel.
 4. Le contrôle des impulsions.
- B** Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C** Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D** Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E** Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F** Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue ou un médicament donnant lieu à un abus) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

10.1.2 Les 10 troubles de la personnalité

Le *DSM-5* décrit 10 troubles de la personnalité et les classe en 3 groupes présentant des caractéristiques communes. Le groupe A réunit trois troubles de la personnalité considérés comme bizarres et excentriques; le groupe B inclut quatre troubles de la personnalité considérés comme dramatiques, et le groupe C est constitué de trois troubles de la personnalité considérés comme craintifs et anxieux.

À ces 10 troubles de la personnalité s'ajoute le trouble de la personnalité non spécifié. Cette dernière catégorie s'applique à deux situations:

1. Lorsque l'individu présente un type de personnalité correspondant aux critères généraux d'un ou de plusieurs troubles, sans toutefois concorder avec la description complète de ce trouble ou de ces troubles;
2. Lorsque l'individu présente un type de personnalité correspondant aux critères généraux d'un trouble de la personnalité, mais qui ne concorde avec aucun critère des troubles reconnus, par exemple une personnalité passive-agressive (APA, 2015).

Il est à noter que plusieurs des troubles de la personnalité ressemblent à d'autres troubles en santé mentale. Par exemple, il pourrait être difficile de distinguer le trouble obsessionnel-compulsif de la personnalité obsessionnelle-compulsive, ou les troubles du spectre de la schizophrénie de la personnalité schizotypique. En règle générale, quelques caractéristiques permettent de distinguer les troubles de la personnalité des autres troubles qui leur ressemblent : ces derniers sont plus aigus, souvent plus limités dans le temps et génèrent des symptômes cliniques pour lesquels les gens recourent davantage à une ressource d'aide afin de les soulager. Les troubles de la personnalité sont pour leur part plus diffus et plus durables.

Le groupe A des troubles de la personnalité

Le groupe A des troubles de la personnalité réunit les troubles dont la bizarrerie comportementale entraîne souvent l'isolement social. La méfiance excessive qui caractérise la personnalité paranoïaque implique de la difficulté à nouer des relations intimes avec autrui. Les personnes qui ont une personnalité schizoïde s'isolent aussi, mais par manque d'intérêt pour les autres. Quant à celles qui ont une personnalité schizotypique, leur excentricité a souvent comme conséquence leur exclusion sociale.

Personnalité paranoïaque

Trouble de la personnalité marqué par la méfiance et par des soupçons injustifiés.

La personnalité paranoïaque Les traits déterminants de la **personnalité paranoïaque** sont la méfiance et l'interprétation soupçonneuse. L'individu affecté d'une personnalité paranoïaque vit dans la crainte que les autres lui nuisent ou le trahissent. Ses doutes sont habituellement injustifiés et s'appuient sur des interprétations erronées. Par exemple, un individu à la personnalité paranoïaque peut interpréter une remarque taquine sur son apparence comme une grave insulte et garder longuement rancune à la personne qui a fait la remarque. L'interprétation soupçonneuse consiste à imaginer ou à trouver des intentions malveillantes à des comportements qui sont le plus souvent anodins. Même lorsque les autres la rassurent sur la bienveillance ou la neutralité de leurs intentions, la personne paranoïaque est rarement apaisée. D'ailleurs, ces personnes tendent à créer ce qu'elles craignent parmi leur entourage : elles sont si soupçonneuses que les gens peuvent en venir à leur cacher de l'information ou à déformer la réalité pour éviter les tensions et les problèmes. L'encadré 10.2 présente les critères diagnostiques de la personnalité paranoïaque selon le *DSM-5*.

Étude de CAS

« Le producteur veut m'escroquer ! »

Claudio est un jeune acteur qui a obtenu un contrat avec la célèbre agence de gérance d'artistes Excella. L'agent de Claudio vient en effet de lui décrocher un premier rôle dans une série télévisée qui promet d'être un succès. Même si son agent a vérifié toutes les conditions du contrat proposé par le producteur, Claudio révisé encore et encore chaque ligne. Il veut s'assurer qu'il n'y a pas

de clause cachée ou de piège. Même si le contrat lui est très avantageux, il reste avec l'impression qu'on se joue de lui : « J'ai peur de me faire avoir », dit-il. Claudio a d'ailleurs téléphoné au producteur pour lui dire de ne pas tenter de l'escroquer, ce qui a surpris l'honnête homme. Sans l'intervention de son agent, l'attitude de Claudio aurait pu lui coûter son rôle.

ENCADRÉ 10.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour 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.-à-d. ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné).
 6. Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.
 7. Met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- B** Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique non imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Pour comprendre cette façon de traiter l'information qu'est l'interprétation paranoïaque, on peut la comparer à un état d'**hypervigilance**, comme chez un individu qui a peur de prendre l'avion et remarque des bruits inquiétants et des soubresauts qui n'empêchent pas les autres passagers de dormir. Quand on a peur, on voit du danger partout. L'individu ayant une personnalité paranoïaque considère autrui comme potentiellement dangereux, et cette représentation l'amène à interpréter les paroles et les comportements comme s'il s'agissait de menaces.

La personnalité schizoïde La caractéristique dominante de la **personnalité schizoïde** est une absence d'émotion apparente. L'individu à personnalité schizoïde apprécie sa solitude et ne semble pas avoir besoin d'être en compagnie d'autrui. Bien qu'il puisse souffrir de solitude à l'occasion, sa peur de l'intimité est tellement grande qu'il prend rarement le risque de nouer de nouvelles relations interpersonnelles. Il manifeste peu son attachement et semble indifférent aux sentiments d'autrui. L'anxiété est souvent occasionnée, chez ces personnes, lorsqu'il y a un changement dans leur environnement personnel ou professionnel qui les oblige à établir des contacts étroits avec les autres. Souvent, elles peuvent s'attacher davantage à des animaux qu'à des personnes. L'encadré 10.3, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de la personnalité schizoïde selon le *DSM-5*.

Hypervigilance

Attention sensorielle exacerbée se manifestant par de l'excitation physique et dirigée vers la recherche excessive de signes menaçants dans l'environnement ou en soi-même.

Personnalité schizoïde

Trouble de la personnalité marqué par le détachement par rapport aux relations sociales.

ENCADRÉ 10.3 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la personnalité schizoïde

- A** Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations proches, y compris les relations intrafamiliales.
 2. Choisit presque toujours des activités solitaires.
 3. N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes.
 4. N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune.
 5. N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.
 6. Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.
 7. Fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité.
- B** Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme, et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Étude de CAS

En silence et en ligne

Paul est un jeune homme discret. En fait, si on interrogeait ses collègues à son sujet, ces derniers seraient bien en peine de pouvoir fournir des renseignements le concernant, car Paul ne tisse aucun lien avec eux. Travaillant comme technicien du son sur les plateaux de télévision, cela exige de lui qu'il soit souvent silencieux, un comportement qui lui convient tout à fait. Il est méticuleux et doué. Paul

entretient des liens avec deux vieux amis du secondaire. Ils ne se voient pas souvent, car Paul n'aime pas converser, considérant que c'est une perte de temps. Toutefois, il aime jouer avec eux à des jeux en ligne, chacun chez soi. De cette manière, Paul peut se retirer quand il en a assez, et ce sans avoir à s'expliquer. Zapette et Jack, ses chiens, sont traités comme des rois.

Personnalité schizotypique

Trouble de la personnalité marqué par l'excentricité des comportements et des cognitions.

La personnalité schizotypique La **personnalité schizotypique** a la particularité de figurer parmi les troubles du spectre de la schizophrénie (voir le chapitre 9), en plus d'être un trouble de la personnalité. Ce qui la caractérise n'est pas le retrait émotionnel et social, comme pour la personnalité schizoïde, mais plutôt des distorsions cognitives et perceptives. Le contact avec le réel

n'est pas altéré comme dans une psychose, mais la personne schizotypique vit dans un monde excentrique marqué de superstitions ou de croyances étranges. Parmi ces croyances, on peut observer des idées de référence, c'est-à-dire croire que des événements fortuits ont une signification. Un individu schizotypique peut croire, par exemple, que la façon dont les oiseaux volent dans le ciel constitue des signaux qui lui sont destinés. Les idées de référence sont cependant moins marquées que chez les personnes schizo-phrènes, qui peuvent construire des idées délirantes de référence plus élaborées et plus envahissantes : que la radio leur envoie des signes secrets sur une conspiration, par exemple. On observe aussi chez les personnes schizotypiques des excentricités dans l'apparence et les comportements, ainsi que de l'engagement dans des expériences paranormales et invraisemblables. L'encadré 10.4 présente les critères diagnostiques de la personnalité schizotypique selon le *DSM-5*.

ENCADRÉ 10.4 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour 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 (p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres).
 3. Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles.
 4. Pensée et langage bizarres (p. ex. vagues, 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 associée à des craintes persécutrices plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.
- B** Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

« J'écoute les pulsations de la Terre. »

Béatrice est, tout comme Claudio, dont il a été question un peu plus tôt, fraîchement sortie du Conservatoire d'art dramatique. Elle est convaincue que, lorsqu'elle obtient un rôle, celui-ci correspond à une vie antérieure qu'elle a vécue ou à une vie prochaine qui l'attend. Comme elle croit que son âme sœur s'est égarée au Moyen Âge, elle porte souvent des vêtements de style médiéval afin, dit-elle, d'aider

son amoureux des temps anciens à la reconnaître aujourd'hui.

Lorsqu'elle marche dans la rue, elle dit avoir l'impression d'être très différente des autres, puisqu'elle est une des rares personnes qui prend le temps « d'écouter les pulsations de la Terre ». D'ailleurs, c'est pour mieux les ressentir qu'elle marche généralement pieds nus, et ce peu importe le temps qu'il fait.

EXERCICE 10.1 | Les personnalités du groupe A, bizarres et excentriques

Associez chaque énoncé à l'une des personnalités suivantes :

- A La personnalité paranoïaque
- B La personnalité schizotypique
- C La personnalité schizoïde

1. Je ne veux pas aller dans les voyages organisés. C'est beaucoup trop risqué de subir une fraude et d'être à la merci d'escrocs.
2. Je ne veux pas sortir dans les bars ni dans les restaurants, ni même au cinéma. Cela ne m'intéresse pas de soutenir de longues conversations, même avec des amis.
3. Je ne veux pas sortir dans les bars ni dans les restaurants, ni même au cinéma, car lorsque je me sens trop fragile, je perçois l'aura des autres et il y a toujours quelque chose qui cloche chez eux quand je les observe.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

À des degrés divers, tous les troubles du groupe A présentent des symptômes qui ressemblent à ceux des troubles du spectre de la schizophrénie (voir le chapitre 9). Chez la personnalité schizotypique, les perceptions imaginatives et les croyances atypiques ressemblent aux hallucinations et aux idées délirantes. Chez la personnalité schizoïde, c'est l'isolement social et la pauvreté des affects qui rappellent les symptômes dits négatifs des troubles du spectre de la schizophrénie. Et chez la personnalité paranoïaque, l'hypervigilance et la capacité de surinterprétation ressemblent à des idées délirantes de persécution. Cependant, l'intensité de ces symptômes est moins grande dans les troubles de la personnalité. Là où la personne paranoïaque croit qu'autrui lui veut du mal, la personne schizophrène peut croire qu'autrui est le diable. Le contact avec la réalité est moins fragilisé dans les troubles de la personnalité. Les personnes qui en sont affectées présentent une meilleure adaptation aux exigences de la vie quotidienne, puisque leurs symptômes sont moins graves et moins handicapants.

Le groupe B des troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité du groupe B sont parfois qualifiés de dramatiques parce que les comportements qui les caractérisent se manifestent de façon excessive, voire théâtrale, et aussi parce que les conséquences de ces

comportements sont souvent dramatiques. Les troubles de la personnalité du groupe B comportent tous un aspect asocial de manque d'empathie à l'égard des besoins et des émotions des autres ; les personnalités histrioniques commettent des excès parce qu'elles sont en quête d'attention, tandis que les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline sont sujettes à des excès émotifs qui rendent leurs rapports humains orageux et souvent destructifs. Quant aux individus narcissiques et antisociaux, leur manque d'empathie se manifeste généralement par le mépris ou la violence.

La personnalité histrionique Les personnes souffrant d'un trouble de la **personnalité histrionique** dépendent émotionnellement de l'attention d'autrui. Leur besoin d'être remarquées peut se manifester par des comportements de séduction excessifs, ou au contraire par de l'autodérision qui peut aller jusqu'à l'humiliation volontaire. Les proches de ces personnes peuvent se sentir gênés par leurs comportements inappropriés.

Le terme «histrionique» vient du latin *histrion*, qui signifie «acteur». Il souligne la dimension de théâtralité caractéristique de ces personnalités. Leur expression émotionnelle est exagérée, et les émotions manifestées peuvent ne pas convenir au contexte. Par exemple, un individu souffrant d'une personnalité histrionique peut se montrer beaucoup trop heureux à l'annonce d'une bonne nouvelle qui concerne une personne qu'il connaît peu, dans le but de diriger l'attention sur lui. L'encadré 10.5, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de la personnalité histrionique selon le *DSM-5*.

Une autre expression de cette quête théâtrale d'attention est la tendance à faire des promesses enchanteresses, mais difficiles à respecter, voire impossibles à honorer. Lorsqu'elle est confrontée aux manquements à sa parole ou à ce qui était légitimement attendu d'elle (au travail, par exemple), la personne peut se montrer très inventive pour se trouver des excuses. Son intensité émotionnelle peut décourager l'interlocuteur d'argumenter. De plus, lorsqu'elle ne peut se défilier, la séduction est une stratégie fréquente pour échapper aux conséquences des manquements.

Personnalité histrionique

Trouble de la personnalité marqué par le besoin excessif d'attirer l'attention.

EN RELIEF

La triade noire

Paulhus et Williams (2002) ont décrit trois traits de personnalité qu'ils présentent comme la triade noire : le narcissisme, la psychopathie et le machiavélisme.

Le narcissisme est un sentiment de supériorité allié à du mépris. La psychopathie et le machiavélisme sont des attitudes d'exploitation, de manque de respect et de manipulation des autres, lesquelles sont caractéristiques de l'inhumanité de ces personnes insensibles envers leurs semblables et qui les exploitent. Ces traits sont très similaires à ceux qui caractérisent les troubles de la personnalité du groupe B. Toutefois, les traits

de la triade noire s'observent aussi chez des personnes qui ne satisfont pas aux critères diagnostiques du *DSM-5* et que l'on ne considère donc pas comme souffrant d'un trouble en santé mentale.

Les comportements caractéristiques de la triade noire sont le fait notamment de pervers narcissiques qui, dans leurs relations de couple, utilisent et déprécient leur conjoint, de certains criminels, de personnes qui abusent d'une situation de pouvoir, ou encore de *trolls* d'Internet, ces prédateurs qui harcèlent les internautes, ainsi que de personnes qui établissent des relations humaines toxiques (Jonason et Webster, 2012).

ENCADRÉ 10.5 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour 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 où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui.
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadapté ou une attitude provocante.
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi.
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails.
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
7. Suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances.
8. Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Comme la personne histrionique dépend de l'attention qu'elle reçoit, son intérêt pour une relation se concentre sur ce que l'autre lui apporte. Elle accorde elle-même peu d'attention à son interlocuteur sauf pour le flatter et obtenir ainsi son attention et sa reconnaissance. Il en résulte qu'il peut être désagréable de côtoyer une personne histrionique, car elle ne donne pas l'impression de s'intéresser à autrui, sinon dans la mesure où on s'intéresse à elle. Sa tendance à enjoliver et à mentir nuit à l'établissement et surtout au maintien de relations sociales. Également, son monde émotif est truffé d'émotions aussi dramatiques et superficielles qu'éphémères. Ses émotions sont comme un feu d'artifice : éblouissantes, mais vite retombées.

Parmi les troubles de la personnalité, ce sont les personnes histrioniques qui ont le plus recours à la psychothérapie. Elles consultent lorsqu'elles ne peuvent plus recevoir ou qu'elles perdent l'attention et la sollicitude sur lesquelles repose leur estime personnelle, ou encore quand elles sont incapables de gérer l'intimité au sein d'une relation.

Personnalité narcissique

Trouble de la personnalité marqué par un sentiment de supériorité méprisant.

La personnalité narcissique Le narcissisme est un terme de psychologie qui fait référence au mythe de Narcisse de la mythologie antique. Narcisse était un jeune homme d'une grande beauté. Un jour, en regardant la surface de l'eau, il est tellement transporté d'amour pour l'image qu'il y voit qu'il tombe dans l'eau et se noie. Le terme « narcissique » désigne l'amour exagéré que l'on peut porter à soi-même. Bien sûr, une part d'estime et d'amour de soi est nécessaire au développement de la personnalité. Mais l'amour de soi peut devenir à la fois excessif et très fragile au point de nuire à l'établissement de relations interpersonnelles. C'est ce qu'on observe dans le trouble de la **personnalité narcissique**. L'encadré 10.6 présente les critères diagnostiques de la personnalité narcissique selon le *DSM-5*.

Étude de CAS

« Mon “charisme cathodique” m’ouvrira toutes les portes ! »

Kathryn, âgée de 18 ans, est étudiante au cégep en journalisme et communication. Lorsqu’elle entre dans une salle de classe, elle se fait remarquer. C’est comme si elle paradait pour un défilé de mode. Outre le fait de se déhancher, elle porte des vêtements qui laissent peu de place à l’imagination. En effet, on voit très bien son soutien-gorge rouge sous son chemisier transparent et largement décolleté. Bien que Kathryn soit pratiquement unilingue francophone, elle se donne un accent anglais qu’elle appuie particulièrement lorsqu’elle pense que d’autres personnes que ses interlocuteurs pourraient l’écouter.

Kathryn se met dans un état de colère incroyable lorsqu’une personne ose écrire son prénom sous sa forme habituelle: Catherine. « Mon nom est Kathryn. KATHRYN avec un K et un Y, imbécile! » Elle a aussi l’habitude de parler des célébrités : elle connaît tout le monde qui travaille à la télévision et en journalisme, et

toutes ces personnes ont hâte qu’elle termine son DEC et la supplient de consentir à venir travailler avec eux...

Après une session à la côtoyer, plus aucun étudiant de sa cohorte ne veut travailler en équipe avec elle pour diverses raisons : d’abord, elle n’apporte pas sa contribution au travail à faire et trouve des prétextes plus abracadabrants les uns que les autres pour se justifier. Lorsqu’elle pense que cela pourrait ne pas fonctionner, elle fait une moue enfantine à ses collègues féminines et se penche pour offrir une vue plongeante sur son décolleté à ses collègues masculins. Prétendant son « charisme cathodique », elle insiste pour être devant la caméra à l’occasion des reportages que les étudiants doivent présenter et fait des crises si elle n’est pas choisie. Enfin, son comportement rend ses collègues franchement mal à l’aise lorsqu’ils doivent rencontrer leurs professeurs ; ils craignent que ses manières soient associées à l’ensemble de l’équipe.

ENCADRÉ 10.6 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la personnalité narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d’être admiré et de manque d’empathie qui apparaissent au début de l’âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s’attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport).
2. Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d’amour idéal.
3. Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
4. Besoin excessif d’être admiré.
5. Pense que tout lui est dû : s’attend sans raison à bénéficier d’un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
6. Exploite l’autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
7. Manque d’empathie : n’est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d’autrui.
8. Envie souvent les autres, et croit que les autres l’envient.
9. Fait preuve d’attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Source : Traduction française reproduite avec l’autorisation d’Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.



La nymphe Écho est amoureuse de Narcisse, mais celui-ci l'ignore, fasciné par son reflet, où il cherche la confirmation de sa propre existence ou de son importance.

Deux facettes de la personnalité narcissique se dégagent des critères diagnostiques de ce trouble. La première est le besoin excessif d'être regardé, admiré et d'obtenir de la considération. La seconde est la conséquence relationnelle qui découle de ce besoin. En effet, la personnalité narcissique tend à réduire les personnes qu'elle côtoie à l'état de spectateurs béats d'admiration à son endroit; elle n'est donc pas en relation réelle avec l'autre (critère 7). L'autre n'a d'importance que dans la mesure où il est admiratif et, dans le cas contraire, cela signifie qu'il n'a pas la capacité d'apprécier la personne narcissique. Il devient alors un ennemi et peut être traité avec condescendance ou mépris. Le regard de l'autre braqué sur lui est le miroir du narcissique. Ce besoin de se voir en permanence dans les yeux des autres dénote un sentiment profond d'insécurité.

Une caractéristique importante du narcissisme est la précarité de l'amour de soi narcissique, qui a constamment besoin d'être remonté et confirmé, parce qu'il cache en fait une fragilité profonde. La personnalité narcissique apparaît en fait comme une sorte de masque qui dissimule un sentiment d'infériorité, voire la projection sur autrui du mépris ou de la haine que la personne narcissique éprouve envers elle-même. On parle parfois de la bulle narcissique pour décrire l'image de soi grandiose des personnes narcissiques. Cette bulle éclate parfois, et elles peuvent être sujettes à des dépressions quand leur image de soi s'effondre. Nombreuses en clinique privée, elles consultent la plupart du temps pour une dépression ou encore un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et non pour remettre en question leur personnalité.

Le mythe de Narcisse qui est à l'origine du terme psychologique peut aider à comprendre la dynamique psychologique de la personnalité narcissique (voir la rubrique *En relief suivante*).

EN RELIEF

Le mythe de Narcisse

Le mythe de Narcisse provient de la mythologie grecque. À la naissance, la coutume voulait qu'un devin prédise l'avenir du nouveau-né. Lorsque Narcisse vint au monde, le devin dit à sa mère que son enfant vivrait aussi longtemps qu'il ne verrait pas son image. Sa mère retira donc toutes les surfaces réfléchissantes de la maison. Narcisse grandit en ne connaissant pas sa propre image, mais en voyant l'effet que celle-ci produisait sur les autres. En grandissant, il devint un jeune homme dont la très grande beauté attirait tous les regards, tant des hommes que des femmes. Une nymphe, Écho, tomba éperdument amoureuse de lui, mais Narcisse la repoussa. Un jour, la déesse de la discorde attira Narcisse près d'une source d'eau très claire, et Narcisse vit son visage.

L'histoire se termine de manières différentes, selon les versions : la première veut que Narcisse meure d'inanition à force de se contempler; la deuxième, que le jeune homme se noie en tentant de rejoindre la superbe personne qu'il voit; et la troisième, que Narcisse se suicide de désespoir, ne pouvant trouver une personne dont la beauté égale la sienne. Ces versions illustrent différentes dimensions pathologiques du narcissisme. Selon une autre version, c'est pour se consoler de la mort de sa sœur jumelle, qu'il adorait et qui était exactement à son image, que Narcisse passait son temps à se contempler dans l'eau de la source, son propre visage lui rappelant les traits de sa sœur.

L'apparente satisfaction de Narcisse à son propre sujet est en fait une illusion. En réalité, l'estime de soi des narcissiques cache une blessure, la blessure narcissique, qui est un doute sur sa propre valeur. La personne narcissique est dépendante des autres, puisque ces derniers servent à lui confirmer sa propre existence. Narcisse paraît sûr de lui, mais il est blessé, et il cherche à soigner cette blessure dans une quête d'admiration. La conséquence relationnelle de la blessure narcissique est une incapacité à s'intéresser véritablement à autrui.

Étude de CAS

« Si vous osez, je me fâche ! »

Louis, 20 ans, est étudiant en médecine. Trois fois par semaine, il passe quatre heures dans un gymnase à développer sa musculature. Son objectif n'est pas tant d'être en meilleure santé que d'éprouver du plaisir à voir ses muscles se gonfler devant un miroir. Il goûte aussi beaucoup l'effet qu'il produit sur les autres. D'ailleurs, Louis est un adepte du t-shirt et du jean très ajustés. Il sort souvent dans les bars et lorsqu'il aborde une fille, il s'attend à ce qu'elle lui tombe dans les bras. Si elle lui résiste ou n'est pas intéressée, il l'insulte et passe à la suivante.

Dans les cours, Louis interrompt ses professeurs pour parler à leur place. Lorsque ceux-ci évoquent la relation professionnelle entre les membres d'une équipe de soins, Louis affirme que jamais il ne recevra d'ordres de quiconque. De plus, lorsqu'il remet des travaux en retard, il se fâche contre les professeurs qui « osent » lui attribuer une pénalité, à lui, un étudiant exceptionnellement brillant.

Le trouble de la personnalité borderline Le **trouble de la personnalité borderline** (ou trouble de la personnalité limite ou TPL dans le milieu de la santé mentale au Québec) est le trouble de la personnalité dont le nombre de nouveaux cas annuels est le plus élevé. On estime que jusqu'à 5,9% de la population souffre de ce trouble, et que les femmes risquent trois fois plus de recevoir ce diagnostic qui est à l'origine de 20% des hospitalisations psychiatriques (APA, 2015). La personnalité borderline, peut-être à cause de son aspect spectaculaire, est largement représentée dans des œuvres artistiques. Ainsi, des artistes expriment leurs expériences personnelles ou leurs observations au sujet de la personnalité borderline.

La personnalité borderline est très instable, tant du point de vue de son identité personnelle que de son contrôle pulsionnel et affectif (Debigarré, 2013). Si la personnalité histrionique se caractérise par le besoin d'attention, et la personnalité narcissique par le besoin d'admiration, c'est la crainte de l'abandon et ses manifestations spectaculaires qui marquent la personnalité borderline. Paradoxalement, la menace d'abandon perçue par les personnalités borderline entraîne l'instabilité relationnelle. Celles-ci passent volontiers d'une relation amoureuse très intense à une autre, l'amour passionné de la veille pouvant devenir demain l'ennemi juré. La tendance à l'excès et l'impulsivité ont des impacts considérables sur les relations interpersonnelles. Par exemple, une jeune femme souffrant d'un trouble de la

Trouble de la personnalité borderline

Trouble de la personnalité marqué par l'insécurité relationnelle et les manifestations émotives excessives.

Marie-Sissi Labrèche a publié plusieurs autofictions et donne des conférences de sensibilisation sur les troubles de santé mentale.



personnalité borderline met en péril une relation amoureuse en tailladant aux ciseaux les vêtements de son amoureux parce qu'elle a surpris un sourire séduisant entre celui-ci et une vendeuse. L'encadré 10.7 présente les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline selon le *DSM-5*.

ENCADRÉ 10.7 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour 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 [...].
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). [...]
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Gueffé et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

EN RELIEF

Un film québécois sur le trouble de la personnalité borderline

En 2008, les romans d'autofiction *Borderline* et *La brèche*, écrits par Marie-Sissi Labrèche, ont été portés à l'écran par la réalisatrice Lyne Charlebois. Le film *Borderline*, qui rassemble les deux récits, a pour sujet Kiki, une jeune femme qui présente plusieurs caractéristiques du trouble de la personnalité borderline, mais surtout, une souffrance relationnelle à laquelle on peut s'identifier. Kiki, étudiante en littérature, recherche l'amour de son

directeur de mémoire. C'est sa grand-mère qui l'a élevée, alors que sa mère est internée en psychiatrie. Kiki souffre d'un manque d'amour et tente de trouver diverses manières d'engourdir sa souffrance (sexualité, alcool, etc.). Quand un jeune homme prêt à lui offrir l'amour se présente à elle, sera-t-elle capable de prendre le risque de quitter le modèle amoureux insatisfaisant et malsain qu'elle suit ?

Les individus souffrant du trouble de la personnalité borderline éprouvent de la difficulté à s'évaluer avec justesse quand ils se laissent emporter par leurs émotions. L'impulsivité peut rendre très impressionnante l'expression de leur colère et comporter des risques de **passage à l'acte** divers, notamment le suicide. Deux autres caractéristiques importantes sont liées à la personnalité borderline. La première concerne les comportements à risque, qui peuvent prendre différentes formes : relations sexuelles non protégées avec des inconnus, consommation de drogues, délits, fugues, etc. La seconde caractéristique est moins apparente et, si elle n'est pas verbalisée, peut prendre un certain temps avant de se manifester clairement : il s'agit d'un sentiment de vide, d'une impression de ne pas valoir grand-chose, de ne pas être aimé et de ne pas mériter d'amour. Ce qui domine souvent chez la personne borderline est sa perception de la vie comme étant sans intérêt, puisque la souffrance est omniprésente.

Pour exprimer et extérioriser cette souffrance, certaines personnes borderline ont recours à l'**automutilation**. Les blessures infligées par automutilation les plus courantes sont les coupures, mais elles peuvent aussi prendre la forme de brûlures, de plaies qu'on empêche de guérir, de cheveux arrachés, etc. (ACSM, 2012).

Passage à l'acte

Extériorisation d'une émotion par une action plus ou moins violente.

Automutilation

Blessure qu'une personne s'inflige à elle-même, liée à l'extériorisation d'une détresse psychologique.

Étude de CAS

« Je te donne mes tripes, et toi, tu craches dessus ! »

Kenneth est un jeune acteur tout comme Claudio et Béatrice. Toutefois, Kenneth est plus imprévisible... Son agent a du mal à le suivre : un jour, Kenneth l'appelle en disant que le réalisateur avec lequel il travaille en ce moment est un génie et, le jour suivant, il soutient qu'il est d'une médiocrité accablante. Alors que le réalisateur voulait simplement

recommencer une prise, Kenneth s'est écroulé en pleurs rageurs en lui disant : « Moi, je te donne mes tripes et toi, tu craches dessus ! » Sur ce, il s'est réfugié dans sa loge. Quelques minutes plus tard, il en est ressorti les cheveux rasés. Quiconque croisait son chemin se faisait dire : « Vous êtes contents, maintenant ? »

La personnalité antisociale Parmi les troubles de la personnalité, la **personnalité antisociale** est peut-être celle qui pose le plus de défi pour l'intégration dans la société. En effet, les individus antisociaux présentent un danger pour autrui, et ce, souvent dès l'enfance. D'ailleurs, le *DSM-5* précise que bien que le diagnostic ne puisse être confirmé avant l'âge de 18 ans, la personne présente des manifestations d'un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans, telles qu'un manque de respect des lois et des normes, des agressions, un manque d'empathie envers les personnes et les animaux et des actes de délinquance grave. L'encadré 10.8, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de la personnalité antisociale selon le *DSM-5*.

Les personnes antisociales peuvent feindre l'empathie, et certaines s'en tiennent à des agressions risquant peu de les mener en prison. C'est la raison pour laquelle leur identification est plus difficile, surtout si certaines de leurs caractéristiques sont tolérées, voire valorisées, dans certains domaines tels que la finance ou la politique (Lilienfeld, 2009).

La personne antisociale présente parfois des traits des personnalités borderline et narcissique. Chez la personne à la fois antisociale et borderline, l'impulsivité est plus intense, de même que la disposition au passage à l'acte et à la

Personnalité antisociale

Trouble de la personnalité marqué par la transgression et le mépris des droits d'autrui et une absence de remords ou d'empathie.

violence. Quand ce sont des caractéristiques narcissiques qui sont présentes, la personne antisociale se maîtrise mieux. Elle est toutefois plus arrogante et plus manipulatrice (Debigarré, 2013). Une scène du film *American Psycho* (Harron, 2000) illustre la dimension narcissique de la personnalité antiso-

ENCADRÉ 10.8 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour 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 pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
 3. Impulsivité ou incapacité à planifier.
 4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions.
 5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
 6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
 7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- B** Âge au moins égal à 18 ans.
- C** Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.
- D** Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Étude de CAS

« En comprenant mieux les humains, je peux mieux les manipuler. »

Trevor, 19 ans, est étudiant en sciences humaines, ce qui étonne, car Trevor n'est pas particulièrement reconnu pour son intérêt envers autrui. Toutefois, comme il souhaite devenir avocat, il suit ce programme d'études.

À l'âge de 14 ans, Trevor a été arrêté avec deux complices pour l'invasion du domicile d'un couple de personnes âgées. Au poste de police, les jeunes ont été amenés devant leurs victimes terrorisées. Ses complices ont exprimé de sincères regrets, mais pas Trevor. Il souriait et semblait se délecter de l'insécurité qu'il avait induite chez ce couple.

Quand Trevor parle de cette expérience, il raconte plutôt la montée d'adrénaline qu'il a ressentie et le début de son intérêt pour le droit, car, au poste de police, il a été témoin de la libération d'un délinquant connu rendue possible grâce aux arguments de son avocat.

Trevor a fait quelques déclarations plutôt fracassantes, dont celles-ci : « Je veux étudier la loi pour savoir jusqu'à quel point je peux la violer » et « C'est utile d'apprendre les sciences humaines, finalement. En comprenant mieux les humains, je peux mieux les manipuler. »

ciale. Dans cette scène, de jeunes cadres riches et ambitieux échangent leurs cartes professionnelles dont les différences sont très subtiles, pratiquement imperceptibles pour le spectateur. Le personnage principal contient avec peine sa violence parce que les autres ne considèrent pas que sa carte est la plus attrayante et semblent préférer celle d'un homme qu'il juge comme étant moins beau que lui. Il dirige sa violence vers des prostituées et des sans-abri en les assassinant.

EXERCICE 10.2 | Les personnalités du groupe B, dramatiques

Associez chaque énoncé à l'une des personnalités suivantes :

A La personnalité histrionique

C La personnalité borderline

B La personnalité narcissique

D La personnalité antisociale

1. Je ne comprends pas pourquoi certains collègues sont mal à l'aise lorsque je leur parle en détail de ma vie sexuelle ; on est pourtant amis sur Facebook !
2. Durant une aventure d'un soir, lorsque je pense que le moment est venu de passer à l'action, cela m'excite que l'autre résiste.
3. Je n'écoute pas les autres, car je suis la plus brillante. De toute façon, ce que les autres racontent est souvent sans intérêt.

4. Malgré toutes les soirées auxquelles je vais, malgré ma vie sexuelle débridée, malgré mes 357 amis Facebook avec qui je correspond plusieurs fois par jour, malgré le fait que j'envoie constamment des textos à tous mes copains durant les cours, je vis des phases où j'ai l'impression que ma vie est vide.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Le groupe C des troubles de la personnalité

Le dénominateur commun des troubles de la personnalité du groupe C est la peur irrationnelle. La personne affectée a peur d'être rejetée (personnalité évitante), peur d'être seule (personnalité dépendante) et peur de ne pas atteindre un certain niveau d'exigence (personnalité obsessionnelle-compulsive).

La personnalité évitante L'individu ayant une **personnalité évitante** ressent le désir et le besoin d'être en relation avec les autres, contrairement aux schizoïdes, mais sa peur excessive d'être rejeté l'amène à privilégier un comportement de fuite et d'évitement qui vise à protéger son image de soi. Il se perçoit comme socialement inapte ou inférieur aux autres, si bien qu'il anticipe la critique négative à son sujet et l'humiliation qui en découlerait. Ainsi, la personne est souvent vigilante et attentive à la façon dont les autres réagissent à son endroit, mais aussi à ses propres comportements, craignant d'être inadéquate ou ridicule. Bien qu'il n'y ait le plus souvent aucun indice réel d'un éventuel rejet et que la peur soit irrationnelle, elle influe sur plusieurs comportements ou stratégies d'adaptation nuisibles à l'individu. La personne a tendance à ne pas s'affirmer dans diverses situations sociales et professionnelles, par exemple, en n'émettant pas une opinion différente des autres à l'occasion d'un souper d'amis, ou en demeurant en retrait lors d'une réunion d'équipe. Cela peut aller jusqu'à refuser une promotion parce que celle-ci implique de nouer trop de relations interpersonnelles. L'encadré 10.9, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de la personnalité évitante selon le DSM-5.

Personnalité évitante

Trouble de la personnalité marqué par un sentiment d'infériorité et des attentes de rejet.

ENCADRÉ 10.9 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la personnalité évitante

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, 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. Est réticent à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule.
4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres.
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Le trouble de la personnalité évitante est caractérisé par l'inhibition sociale, par le sentiment de ne pas être à la hauteur et par une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui. L'individu à la personnalité évitante recherche la présence de personnes par qui il est certain d'être accepté. Conséquemment, en plus de souffrir d'isolement, il risque de se trouver dans un contexte de travail insatisfaisant ou encore de vivre des relations interpersonnelles générant de la frustration du fait qu'il ne prend pas sa place. Il oscille entre la peur du rejet et son besoin d'affection, ce qui provoque chez lui un conflit et de l'anxiété.

La personnalité dépendante La personne souffrant d'un trouble de la **personnalité dépendante** se caractérise par sa perception erronée d'être faible et impuissante. Se sentant incapable de se débrouiller seule, elle recherche la présence et le soutien de gens qui pourraient la protéger. Son manque de confiance en soi l'amène à compter sur les autres, qu'elle perçoit comme forts et solides, pour prendre des décisions allant du choix de carrière à l'achat d'un vêtement. Selon sa perspective, elle évite ainsi de faire un mauvais choix qui validerait sa perception initiale d'incompétence. L'encadré 10.10 présente les critères diagnostiques de la personnalité dépendante selon le DSM-5.

La recherche d'approbation d'une personne dépendante et son besoin d'être rassurée colorent sa vie de tous les jours et sont la manifestation de son anxiété, qui découle notamment de sa crainte exagérée de se retrouver seule et abandonnée. Par ailleurs, elle peut aller jusqu'à acheter la paix dans son mode de fonctionnement avec autrui, à être centrée sur les besoins des autres, à s'oublier, voire à tolérer des relations malsaines, comme l'abus de pouvoir ou parfois la violence physique ou psychologique. Elle a tendance à

Personnalité dépendante
Trouble de la personnalité
marqué par un besoin excessif
d'être pris en charge.

ENCADRÉ 10.10 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la personnalité dépendante

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. [...]
4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).
5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
7. Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin.
8. Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

conserver ce type de relations de dépendance pour ne pas perdre la personne qui prend soin d'elle et ne pas se retrouver seule. Ces stratégies inefficaces maintiennent la personne dépendante dans un cercle vicieux. Elle consulte assez souvent en thérapie et éprouve de la panique et de l'anxiété quand les circonstances exigent de l'autonomie. Ayant en horreur l'agression et le conflit (peur de séparation), elle est donc incapable d'exprimer ouvertement sa colère (Debigarré, 2013).

La personnalité obsessionnelle-compulsive La personne ayant une **personnalité obsessionnelle-compulsive** est dominée par un mode cognitif rigide qui impose de suivre les règles et d'obtenir toujours des résultats. Il y a très peu de place pour l'erreur, car ne pas atteindre les standards de performance est perçu comme un échec. Avec elle, il n'y a pas de demi-mesure ; elle pense de manière dichotomique, les choses étant soit mauvaises, soit excellentes. La discipline est son mot d'ordre, et le plaisir passe nécessairement au second plan. Il n'est pas rare que des personnes excessivement dévouées à leur travail aient ce type de personnalité. Elles trouvent leur valorisation personnelle à très bien faire les choses. D'ailleurs, leurs collègues et leur employeur reconnaissent qu'elles sont fiables, responsables et performantes. Elles ont un souci exagéré du détail, mais elles sont également très consciencieuses et à l'aise avec les règles. Quant à leur rapport avec l'argent, elles le thésaurisent, c'est-à-dire qu'elles l'accumulent. L'encadré 10.11, à la page suivante, présente les critères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle-compulsive selon le *DSM-5*.

Personnalité obsessionnelle-compulsive
Trouble de la personnalité marqué par la rigidité et le contrôle excessif.

ENCADRÉ 10.11 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour 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. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
4. Être trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
7. Se montrer 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 montrer rigide et têtu.

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

La personne ayant une personnalité obsessionnelle-compulsive accorde une grande importance au fait d'être considérée comme loyale, fiable et efficace. En répondant aux attentes et aux exigences des autres dans l'ensemble des sphères de sa vie (vie familiale, amoureuse, professionnelle, etc.), elle évite d'être prise en défaut et de se sentir coupable. En contrepartie, elle fonctionne souvent moins bien en équipe. De nature plutôt intolérante, par exemple, à l'égard du désordre et du manque de discipline, elle peut être insatisfaite de la contribution des autres et du résultat final. Convaincue que sa façon de procéder est la bonne, elle a tendance à exiger que les choses se fassent à sa manière et selon ses règles, et ce, autant dans sa vie personnelle que professionnelle. L'entourage la perçoit souvent comme rigide, exigeante et contrôlante, ce qui engendre des conflits interpersonnels. Elle devient facilement mal à l'aise dans les situations incontrôlables de la vie quotidienne. Ainsi, elle a tendance à planifier des routines et à éviter les activités nouvelles ou spontanées.

On peut confondre la personnalité obsessionnelle-compulsive avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (voir le chapitre 8). Le TOC est marqué par des épisodes aigus, alors que la personnalité obsessionnelle-compulsive est un style généralisé et diffus de comportement. La personne atteinte d'un TOC revient chez elle pour vérifier pour la vingtième fois si la cuisinière est bien éteinte. Une personne

souffrant d'un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ne cède pas à de tels excès, mais toute sa vie est organisée méticuleusement pour éviter les incendies et tous les autres imprévus.

10.2 La prévalence des troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont courants, mais difficiles à diagnostiquer. Contrairement aux autres troubles en santé mentale qui tendent à se manifester par des symptômes aigus délimités dans le temps, les troubles de la personnalité se caractérisent par des difficultés persistantes, mais qui peuvent passer inaperçues lors d'un entretien clinique. En outre, ces troubles permettent souvent de fonctionner et de travailler. Malgré la souffrance réelle, les personnes atteintes peuvent paraître ne pas nécessiter d'aide.

Tyrer (2015) compare la difficulté à établir un trouble de la personnalité à partir de quelques informations cliniques à la difficulté de se représenter l'image d'un casse-tête à partir d'une dizaine des mille morceaux qui le constituent.

Il est également difficile de distinguer les troubles de la personnalité les uns des autres. Le *DSM-5* souligne d'ailleurs la similitude des traits entre les troubles (APA, 2015). Tyrer (2015) note en outre qu'il est impossible de ranger dans un seul des 10 troubles décrits près d'un tiers des personnes qui portent un diagnostic de trouble de la personnalité.

Selon l'APA (2015), les troubles de la personnalité toucheraient jusqu'à 15 % de la population générale. Parmi les personnes en milieu hospitalier et fréquentant les cliniques de consultation externe de psychiatrie, le taux des personnes qui souffrent de troubles de la personnalité, avec ou sans un autre diagnostic de trouble en santé mentale, grimpe à 20 %. On estime que la moitié des personnes consultant en clinique externe et la majorité en bureau privé le font parce qu'elles éprouvent des difficultés touchant leur personnalité (Bessette, 2010).



La personne ayant une personnalité obsessionnelle-compulsive est une perfectionniste qui évite d'être prise en défaut et de se sentir coupable en répondant aux attentes et aux exigences des autres dans l'ensemble des sphères de sa vie. Il n'est pas rare qu'elle se dévoue excessivement à son travail, où elle trouve sa propre valorisation.

EXERCICE 10.3 | Les personnalités du groupe C, craintives et anxieuses

Associez chaque énoncé à l'une des personnalités suivantes :

- A** La personnalité dépendante
- B** La personnalité évitante
- C** La personnalité obsessionnelle-compulsive

1. Je ne comprends pas pourquoi certains collègues de travail aiment autant les 5 à 7 et les cocktails. De belles occasions pour se mettre les pieds dans les plats !
2. Mon horaire de travail est un modèle d'organisation. Chaque rendez-vous est parfaitement à sa place pendant le voyage d'affaires, et je ne tolère pas les collègues qui improvisent.
3. Je vérifie plusieurs fois par jour mes courriels et mes textos au cas où mon amoureux m'aurait envoyé un message, car, si je ne réponds pas tout de suite, il ne m'aimera plus.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Le taux de comorbidité est particulièrement élevé entre les troubles de la personnalité du groupe B, notamment entre la personnalité antisociale et la personnalité histrionique, ainsi qu'entre la personnalité antisociale et la personnalité narcissique (APA, 2015). Ainsi, ces troubles pourraient avoir une origine commune. On observe également que leur expression est sexuée, la personnalité histrionique se manifestant davantage chez les femmes et la personnalité antisociale chez les hommes.

Les troubles de la personnalité rendent plus vulnérables à d'autres troubles en santé mentale (Tyrer *et al.*, 2007). Ils rendent aussi le traitement plus difficile et compliquent la guérison de ces autres troubles, comme la dépression (Newton-Howes, Clark et Chanen, 2015). Ainsi, les troubles de la personnalité apparaissent souvent comme une dimension du fonctionnement d'une personne qui souffre d'un autre trouble (Guelfi, 2014).

10.3 Les facteurs de risque liés aux troubles de la personnalité

Une partie de la personnalité découle de traits de caractère innés. À partir de ce noyau, la personnalité se construit au contact d'autrui. Les réactions qu'une personne reçoit à propos de ses comportements, de ses idées et de ses attitudes continuent à construire sa personnalité. Les relations établies en bas âge sont particulièrement déterminantes.

Tableau 10.1 La prévalence des troubles de la personnalité dans la population en général

Trouble de la personnalité	Ratio par sexe	Évolution
Groupe A		
Paranoïaque	Plus fréquent chez les hommes	Information insuffisante
Schizoïde	Plus fréquent chez les hommes	Information insuffisante
Schizotypique	Plus fréquent chez les hommes	Chronique ; évolue parfois sous forme de schizophrénie
Groupe B		
Antisociale	Plus fréquent chez les hommes	Peut se dissiper ou s'atténuer après 40 ans, surtout en ce qui concerne les conduites criminelles
Borderline	Les femmes représentent 75 % des cas	Peut diminuer après 30 ans, surtout avec l'aide de thérapie ; de 8 à 10 % des personnes atteintes décèdent par suicide
Histrionique	Plus fréquent chez les femmes	Chronique
Narcissique	De 50 à 75 % sont des hommes	Peut s'améliorer avec l'âge
Groupe C		
Évitante	Proportion égale d'hommes et de femmes	Tend à s'atténuer avec l'âge
Dépendante	Proportion probablement égale d'hommes et de femmes	Information insuffisante
Obsessionnelle-compulsive	Deux fois plus fréquent chez les hommes	Information insuffisante

Source : Adapté de Durand et Barlow (2002), p. 602.

10.3.1 Les facteurs biologiques liés aux troubles de la personnalité

Un large consensus accorde désormais aux gènes un rôle important dans la formation des traits de la personnalité (Tyrer, 2015). Des données particulièrement abondantes concernent la personnalité schizotypique. Comme ce trouble ressemble à une forme atténuée de la schizophrénie, les mêmes gènes pourraient se manifester dans les deux troubles (Durand et Barlow, 2002). Ainsi, le risque de présenter une personnalité schizotypique, sans toutefois devenir schizophrène, est plus élevé dans les familles où il y a des schizophrènes (Dahl, 1993). L'apprentissage social et d'autres aspects de l'éducation pourraient cependant contribuer à la transmission des traits de personnalité schizotypiques.

Les études sur le tempérament ont mis en évidence des aspects de la personnalité qui se manifestent très précocement chez le nourrisson, ce qui indique leur caractère probablement inné. Le tempérament est un ensemble de traits qui décrit le fonctionnement biologique, cognitif et émotif des nourrissons. Ces traits incluent en particulier le niveau d'activité, l'adaptabilité, l'humeur, la régularité, la réaction à la nouveauté et l'intensité des réactions. La combinaison de ces traits définit des types de tempéraments chez les nourrissons. Les enfants dits faciles sont réguliers, ils s'adaptent facilement et leurs réactions émotives sont modérées. À l'inverse, les enfants dits difficiles ont des rythmes corporels irréguliers et sont sujets à des réactions émotives marquées (Zeanah et Fox, 2004). Ainsi, un nouveau-né peut faire ses nuits rapidement, pleurer rarement et s'occuper tout seul dans son berceau. Un autre nouveau-né, au contraire, peut mettre des mois à faire des nuits complètes, pleurer beaucoup et refuser de se laisser bercer par sa grand-mère. Des troubles de la personnalité peuvent prendre racine dans les tempéraments. Par exemple, on peut tracer une continuité entre le comportement d'un enfant très difficile et un adulte présentant un trouble de la personnalité borderline. Mais le tempérament ne suffit pas à expliquer les troubles de la personnalité. Des facteurs du milieu doivent également intervenir (Rothbart, 2011).

10.3.2 Les facteurs interpersonnels et sociaux liés aux troubles de la personnalité

Les événements vécus pendant l'enfance interagissent avec les facteurs génétiques pour former les troubles de la personnalité (Kagan, 2008). La négligence, l'abandon, la violence psychologique, la violence physique ou les sévices sexuels subis en bas âge apparaissent comme particulièrement dommageables dans la construction de la personnalité (Johnson *et al.*, 2001). Des parents trop exigeants, qui dénigrent leurs enfants ou qui, au contraire, les valorisent excessivement, peuvent favoriser des traits de personnalité problématiques. Les traits d'insécurité relationnelle, de dépendance, de méfiance, de doute paralysant sur soi-même, de comportements de séduction excessifs ou de manipulation qu'on observe dans les troubles de la personnalité peuvent tous trouver leurs racines dans des expériences traumatisantes vécues en bas âge (Bender, Morey et Skodol, 2011).

Des habiletés parentales déficientes peuvent constituer un facteur des troubles de la personnalité. Cependant, au-delà de la violence, de la négligence ou de l'hostilité



Dans la population en général, près de 15 % des gens souffriraient d'un trouble de la personnalité. D'autres consultent pour des difficultés concernant leur personnalité, sans toutefois présenter de symptômes de manière suffisamment importante pour recevoir un diagnostic.

Attachement

Caractère de la relation qui s'établit entre un enfant et ses donneurs de soins (notamment sa mère). Cet attachement est caractérisé par un sentiment de sécurité plus ou moins marqué.

Adéquation

Accord entre le tempérament d'un enfant et le tempérament de ses donneurs de soins.

Les enfants soldats des guerres civiles africaines des années 1990 et 2000 ont été exposés très jeunes à des violences inouïes et ont été forcés d'en commettre également sous peine d'être eux-mêmes tués. L'expérience précoce de la violence favorise l'acquisition de traits de personnalité pathologiques.



parentales, les troubles de la personnalité peuvent s'édifier dans un contexte où des parents de bonne foi renforcent accidentellement des traits de personnalité pathologiques chez leur enfant. Paradoxalement, les enfants qui ont le plus besoin de soutien peuvent être ceux qui en reçoivent le plus difficilement (Kagan, 2002). Ainsi, un enfant au tempérament difficile qui fait des colères, pleure pendant des heures et tient ses parents éveillés toutes les nuits présente un défi bien plus grand pour les parents qu'un enfant facile et calme.

Un enjeu décisif du développement tient à la relation d'**attachement** qui s'établit entre l'enfant et la personne qui en prend soin (Bretherton, 1992). Les spécialistes de la théorie de l'attachement identifient un type d'attachement empreint de sécurité qui est propice au développement de relations interpersonnelles satisfaisantes. Dans une telle relation, l'enfant est rassuré sur sa valeur personnelle, sur les soins qu'il recevra, sur le rejet et l'abandon qu'il ne subira pas. Il peut acquérir confiance en lui et autonomie. Les types d'attachement dit ambivalent, évitant et désorganisé désignent des relations problématiques avec les donneurs de soins. Un enfant qui a développé une relation d'attachement évitante peut éprouver, par exemple, une peur de l'abandon si sa mère est absente, puis refuser de l'accueillir à son retour par crainte de rejet. Les formes problématiques d'attachement peuvent favoriser l'apparition des troubles de la personnalité (Crawford *et al.*, 2007).

L'établissement et le développement du lien d'attachement ne dépend pas uniquement des habiletés parentales. Il s'agit d'un processus actif qui s'établit dans la dynamique entre le tempérament de l'enfant et celui de ses parents. Ainsi, un parent très patient avec une forte personnalité peut favoriser accidentellement une personnalité dépendante chez un enfant. L'établissement d'une relation d'attachement sécurisante dépend donc de l'**adéquation** entre la personnalité des enfants et des personnes qui en prennent soin (Tarabulsky *et al.*, 2000).

Des relations troublées avec les pairs peuvent elles aussi renforcer des traits de personnalité pathologiques. Certains traits tels que la méfiance ou le retrait social augmentent la probabilité que des enfants soient victimes d'intimidation à l'école, ce qui peut contribuer à renforcer ces traits (Natsuaki, Cicchetti et Rogosch, 2009). Les personnes souffrant des troubles du groupe C (personnalités évitantes et dépendantes en particulier) ont souvent subi des mauvais traitements de la part de leurs pairs (APA, 2015). C'est également le cas des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (Stitt *et al.*, 2015).

Le contexte culturel peut également favoriser l'apparition et le maintien de traits de caractère problématiques. Les valeurs du milieu peuvent favoriser le développement de traits narcissiques ou asociaux en favorisant la compétition extrême. Les rôles et les normes sexuels peuvent aussi favoriser l'acquisition de certains traits, par exemple, des traits dépendants chez les femmes (Orlofsky, Cohen et Ramsden, 1985).

Il arrive aussi que des circonstances historiques créent à large échelle des conditions de vie défavorables au développement de la personnalité des enfants. Par exemple, pendant la guerre civile russe de 1917 à 1921, des milliers d'enfants sont devenus orphelins et ont été entièrement laissés à eux-mêmes. Ceux qui

ont survécu sont à l'origine de l'éclosion d'une culture de la violence et de la criminalité que les autorités soviétiques ont récupérée en faisant de ces enfants anciennement abandonnés les plus terribles gardiens du système des camps de travail en Sibérie (Ferguson, 2006).

10.3.3 Les facteurs cognitifs liés aux troubles de la personnalité

Une fois établis, les traits de personnalité se maintiennent par un ensemble de croyances et un système de codage personnel des informations. Ces croyances s'insèrent dans un **concept de soi** (le plus souvent négatif ou très fragile) construit selon les expériences passées et les apprentissages (Bouchard et Gingras, 2007). Ce système cognitif formé de croyances se renforce, car il affecte l'intégration des expériences. Par exemple, une personne portée à la paranoïa risque d'interpréter un compliment comme étant ironique et insultant, ce qui peut la conduire à se méfier encore davantage après l'affront imaginaire qui valide ses croyances. Une personne ayant des traits narcissiques peut penser au contraire que le compliment n'est pas assez élogieux, et aspirer à plus de reconnaissance encore. Ainsi, les traits de personnalité agissent comme des filtres qui colorent l'interprétation de l'information, en particulier de l'information sociale (Beck, Davis et Freeman, 2015).

Concept de soi

Perceptions et croyances que l'individu entretient à propos de lui-même.

10.4 Les traitements des troubles de la personnalité

La thérapie est difficile avec les personnes qui souffrent de troubles de la personnalité. La résistance au traitement provient notamment du fait qu'elles ne perçoivent souvent pas leur personnalité comme problématique. Selon Tyrer (2015), les personnes qui résistent au traitement sont trois fois plus nombreuses que celles qui le recherchent. Par ailleurs, les difficultés associées à la personnalité sont complexes à cerner (Cousineau, 2008). Les lacunes de la personnalité peuvent s'être installées doucement et graduellement, à mesure que s'est développée la personnalité, si bien que l'individu les considère comme indissociables de son tempérament, et donc normales.

La résistance au traitement est particulièrement marquée dans les troubles des groupes A (personnalités excentriques) et B (personnalités dramatiques). La personnalité paranoïaque présente la caractéristique d'être méfiante; une personne atteinte de ce trouble pourrait avoir du mal à accorder sa confiance, même dans une relation thérapeutique avec un clinicien. Elle pourrait cacher des informations potentiellement importantes. Les personnes à la personnalité antisociale arrivent rarement en traitement de leur propre initiative, mais plutôt à la suite d'une ordonnance de la cour. Les personnes qui requièrent des traitements de leur propre initiative sont surtout des personnes qui souffrent des troubles du groupe C (les personnalités anxieuses) (Tyrer, 2015).

Toutefois, les personnes affectées de l'un ou l'autre de presque tous les troubles de la personnalité peuvent souffrir d'aspects de leur comportement ou de difficultés relationnelles qui les incitent à consulter. Les thérapies se concentrent sur ces aspects (Kramer *et al.*, 2014). Selon les troubles de la personnalité, des thérapies différentes se concentrent sur des aspects spécifiques.

10.4.1 La médication liée aux troubles de la personnalité

La psychothérapie est davantage utilisée que les médicaments dans le traitement des troubles de la personnalité, mais certains médicaments peuvent apporter un concours efficace à la psychothérapie. De faibles doses d'antipsychotiques atypiques peuvent servir à traiter les troubles de la personnalité du groupe A (les personnalités excentriques). Les comportements impulsifs, agressifs et automutilatoires des troubles du groupe B peuvent également être atténués par des combinaisons variables de lithium, d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques (Pelissolo et Jost, 2011).

10.4.2 La psychothérapie liée aux troubles de la personnalité

Les thérapies les plus utilisées pour traiter les troubles de la personnalité sont des thérapies cognitives comportementales. Ces thérapies visent la réfutation des cognitions pathologiques, l'amélioration des habiletés sociales, la régulation émotionnelle, la capacité à comprendre ses propres émotions ou celles des autres (Haeyen, van Hooren et Hutschemaekers, 2015). La recherche des racines des idées irrationnelles qui renforcent les traits de personnalité pathologiques fait parfois appel à une étude des relations d'attachement précoce avec les techniques de la psychanalyse (Masterson, 1981).

Un exemple des thérapies cognitives comportementales est la thérapie centrée sur les schémas que Jeffrey Young a introduite en 2002 (Young et Lindemann, 2002). Elle vise à désamorcer les croyances construites à la suite d'un événement traumatique, généralement survenu dans l'enfance ou l'adolescence. La thérapie s'attache ensuite à mettre en place des stratégies d'adaptation moins problématiques.

Le trouble de la personnalité qui bénéficie des avancées thérapeutiques les plus efficaces est la personnalité borderline (Bateman et Fonagy, 1999). Une thérapie basée sur la restructuration cognitive et des techniques de prise de conscience a été élaborée par Marsha Linehan (1993), qui se considère elle-même comme une personnalité borderline. Cette thérapie, appelée thérapie dialectique comportementale de Linehan, comporte différentes modalités de traitement : thérapie individuelle, développement de compétences en groupe, échanges entre les psychothérapeutes et l'accompagnateur du groupe, consultations téléphoniques avec le psychothérapeute au besoin, collaboration entre les thérapeutes, le médecin et le service d'urgence (Bessette, 2010).

Une approche thérapeutique appelée nidothérapie (en référence au nid, c'est-à-dire au contexte de vie) consiste à réduire la souffrance des personnes aux prises avec des troubles de la personnalité et de leur entourage en proposant des changements de style de vie. Par exemple, une personne souffrant de personnalité

schizoïde peut changer de milieu de travail pour éviter d'être en interaction avec le public, tout comme une personnalité obsessionnelle-compulsive peut occuper une fonction qui exige beaucoup de méticulosité (Ranger *et al.*, 2009).

EN RELIEF

La mentalisation : que pensez-vous de ce que vous pensez et de ce que je pourrais penser de vous ?

Par Patrick Lascombe, M.A., psychologue

Le traitement basé sur la mentalisation (*mentalization based treatment* – MBT) a pour origine la théorie de l'attachement. Il vise à augmenter la capacité d'un individu à comprendre son état mental et émotif ainsi que celui des autres. C'est une application originale de la psychothérapie psychanalytique développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman (Bateman et Fonagy, 2004).

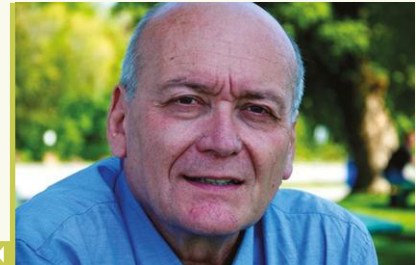
La mentalisation pourrait être définie comme la capacité de fournir une explication de ses propres comportements et de ceux des autres. C'est une activité mentale qui consiste à interpréter le comportement humain (le nôtre et celui d'autrui), à imaginer les intentions (les besoins, les désirs, les émotions, les croyances, les objectifs et les raisons). La notion de mentalisation est une notion clé de l'auto-organisation psychique d'une personne. La capacité de mentaliser est acquise à travers les relations d'attachement précoce. Des perturbations importantes de ces relations d'attachement peuvent interrompre l'émergence des capacités sociocognitives (la mentalisation) et provoquer une vulnérabilité profonde dans les relations sociales (Fonagy et Target, 2006).

Le traitement basé sur la mentalisation a été élaboré dans le contexte du trouble de la personnalité borderline. Très tôt, Fonagy a découvert qu'un déficit de

mentalisation était très présent dans ce type de trouble (Fonagy *et al.*, 1996). Il a ensuite déclaré, avec Bateman (Bateman et Fonagy, 2006), qu'à cause d'un attachement insécuré, d'expériences traumatiques et probablement de prédispositions génétiques, les patients borderline sont incapables de maintenir une mentalisation normale.

Selon l'approche MBT, «la psychothérapie a la capacité de recréer une matrice interactionnelle d'attachement dans laquelle la mentalisation va se développer et s'épanouir» (Bateman et Fonagy, 2006, p. 415, traduction libre). Ce traitement basé sur la mentalisation vise d'abord la mentalisation de soi, ensuite celle à propos des autres et enfin celle des relations, et ce, en partant de la relation thérapeutique qui sert de modèle pour tout type de relation humaine (Bateman, 2007).

Patrick Lascombe est psychologue en pratique privée et à l'hôpital Montfort, à Ottawa.



RÉSUMÉ

Qu'est-ce que la personnalité ?

- La personnalité est un ensemble de caractéristiques psychologiques et comportementales, à la fois stables et dynamiques, qui donnent à la personne son sentiment d'identité.

Les critères généraux d'un trouble de la personnalité

- Selon le *DSM-5*, un trouble de la personnalité est une conduite déviante par rapport à la culture, qui se manifeste dans au moins deux des sphères suivantes : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Ce trouble est nuisible dans des situations de vie diverses, est stable dans le temps et ne s'explique pas par d'autres causes (entre autres des causes physiologiques ou un autre trouble de santé mentale).



Fiche de révision

Les 10 troubles de la personnalité divisés en trois groupes selon le DSM-5

- Les troubles du groupe A comprennent la personnalité paranoïaque (méfiance et soupçon), la personnalité schizoïde (faibles interactions sociales) et la personnalité schizotypique (personnalité excentrique et bizarre).
- Les troubles du groupe B sont la personnalité antisociale (mépris des droits d'autrui), la personnalité borderline (instabilité émotionnelle), la personnalité histrionique (recherche d'attention) et la personnalité narcissique (sentiment de supériorité).
- Les troubles du groupe C incluent la personnalité évitante (sentiment d'infériorité), la personnalité dépendante (besoin d'être pris en charge) et la personnalité obsessionnelle-compulsive (contrôle et rigidité).

Les facteurs de risque des troubles de la personnalité

- Les facteurs biologiques: certains traits de personnalité et le tempérament ont une composante génétique.
- Les facteurs interpersonnels et sociaux: les relations d'attachement précoce durant la petite enfance et les relations avec les pairs influent sur la personnalité en développement.
- Les facteurs de risque majeurs tels que la violence (surtout si elle est subie en bas âge), la négligence, l'abandon ou les sévices sexuels peuvent fragiliser ou changer une personne.
- Les facteurs culturels: les valeurs et les attitudes favorisées par la culture et la sous-culture ainsi que les divers groupes sociaux auxquels appartient la personne influent sur sa personnalité et peuvent la modifier.
- Les facteurs cognitifs: les croyances irrationnelles et le concept de soi peuvent intervenir dans l'apparition des troubles de la personnalité.

Le traitement des troubles de la personnalité

- La personnalité étant associée à l'identité, certaines personnes peuvent se sentir menacées si elles consultent au sujet de leurs traits problématiques; elles peuvent également résister au processus d'évaluation et à la thérapie. De plus, certaines caractéristiques font obstacle au processus thérapeutique (méfiance, sentiment de n'avoir besoin de personne, conviction que ce sont les autres qui ont des problèmes, etc.).
- La thérapie cognitive comportementale soutient la prise de conscience des effets des traits problématiques et le développement des habiletés sociales.
- L'identification et la restructuration des idées irrationnelles qui alimentent les traits pathologiques de la personnalité offrent une piste d'intervention pour réduire les impacts négatifs de ces traits dans la vie des personnes atteintes.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association des art-thérapeutes du Québec
www.aatq.org

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)
www.aqpamm.ca/
ressources/fiches-maladies/
le-trouble-de-la-personnalite-limite

Fourcade, J.-M. (2011).
Les personnalités limitées.
Paris: Eyrolles.

Groupe Harfang des neiges
www.groupeharfangdesneiges.org
450 565-1161

Institut universitaire en santé mentale Douglas
www.douglas.qc.ca/info/
trouble-personnalite-limite

Institut Victoria
www.institut-victoria.ca

L'Accolade – Santé mentale
www.accoladesantementale.org
450 699-7059; 1 866 699-7059

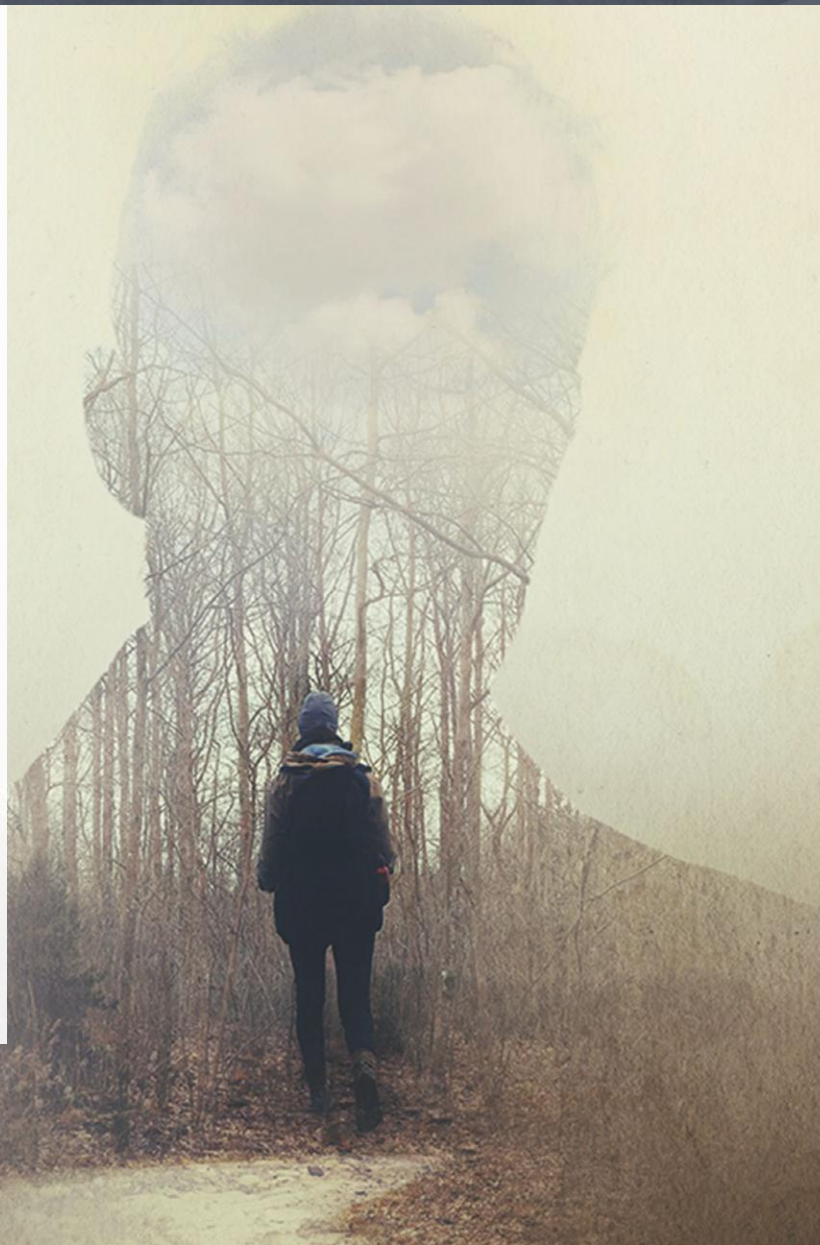
Lelord, F. et André, C. (2000).
Comment gérer les personnalités difficiles. Paris: Odile Jacob.

LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET AUTRES DÉPENDANCES

Par Jade Landry-Cuerrier

PLAN DU CHAPITRE

11.1 Une description clinique	
des troubles liés à une substance	275
11.1.1 Les troubles induits par une substance	275
11.1.2 Les troubles de l'usage d'une substance	277
11.2 La classification des substances	280
11.2.1 Les déprimeurs	280
11.2.2 Les stimulants	285
11.2.3 Les perturbateurs	286
11.3 Les statistiques liées à la toxicomanie et à la dépendance	287
11.4 Les facteurs de risque liés à la toxicomanie et à la dépendance	288
11.4.1 Les facteurs biologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance	288
11.4.2 Les facteurs psychologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance	290
11.4.3 Les facteurs sociaux liés à la toxicomanie et à la dépendance	292
11.4.4 L'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial	293
11.5 Les interventions et les traitements de la toxicomanie et de la dépendance	293
11.5.1 La dimension biologique	294
11.5.2 La dimension psychosociale	296
11.6 Les dépendances liées à des activités	301
11.6.1 Le jeu pathologique	301
11.6.2 La cyberdépendance	303



Substance psychotrope (ou psychoactive)

Composé aux propriétés chimiques qui, lorsque consommé ou administré, touche le fonctionnement du système nerveux et altère les sens, les comportements, les pensées et les émotions, tels l'alcool, les drogues et certains médicaments.

Dépendance (ou trouble addictif)

Problème de consommation d'une substance donnant lieu à des difficultés de fonctionnement ou à de la souffrance; terme faisant référence à plusieurs notions (consommation compulsive, incontrôlée, etc.) et qui peut aussi s'appliquer à des activités ou à des comportements répétitifs.

Toxicomanie

Consommation importante, répétée et prolongée d'une ou de plusieurs substances psychoactives, sans raison thérapeutique ou médicale, entraînant une dépendance psychologique et parfois physique.

Depuis des milliers d'années, les êtres humains utilisent de multiples façons des **substances psychotropes** (ou **psychoactives**), par exemple à des fins rituelles, récréatives ou thérapeutiques. Cette utilisation n'est toutefois pas sans conséquence. Au Canada, les **dépendances** (ou **troubles addictifs**) et les troubles de l'usage d'une substance coûtent chaque année environ 20 milliards de dollars et sont responsables de la mort de près de 50 000 personnes. En outre, ils sont souvent à l'origine d'une série de problèmes sociaux comme la criminalité, l'itinérance, la violence, etc. (Single *et al.*, 1996).

Dans ce chapitre, nous proposons une exploration des troubles liés à la consommation de substances, des principales substances psychotropes, ainsi que des statistiques, des facteurs de risque et des traitements en relation avec la **toxicomanie**. Enfin, nous aborderons d'autres dépendances, notamment celles associées à diverses activités, par exemple le jeu pathologique et la cyberdépendance.

Étude de CAS

La toxicomanie et ses conséquences

Sébastien a grandi dans une banlieue montréalaise et a toujours été considéré, à l'école, comme un élève «moyen». Ses amis et lui ont fumé leurs premières cigarettes et bu leurs premières bières à l'âge de 12 ans, tard le soir derrière leur école primaire. Contrairement à ses amis, Sébastien a toujours été un buveur «extrême»: il se soûlait jusqu'à en devenir malade et à ne plus pouvoir marcher sans aide.

À l'école secondaire, il a rapidement commencé à consommer du «pot», de la «coke» et des «speeds» (de la marijuana, de la cocaïne et des amphétamines) en quantités de plus en plus grandes. Sébastien a ensuite été accepté de justesse au cégep, mais ses résultats scolaires se sont vite dégradés et il a abandonné ses études après la première session. Le jeune homme trouvait ridicule que la plupart de ses cours débutent trop tôt: cela ne lui donnait pas le temps de se remettre de sa soirée de la veille.

Les membres de sa famille soupçonnaient sa consommation abusive d'alcool, mais ignoraient ou refusaient d'envisager sa consommation d'autres substances. Ils constataient que des sommes d'argent disparaissaient, mais personne n'avait jamais osé aborder le sujet avec Sébastien, craignant ses sautes d'humeur et son comportement parfois agressif.

Sébastien n'a jamais conservé ses emplois plus de quelques mois. Le soir de l'anniversaire de ses 20 ans, il a confié à ses proches qu'il avait besoin d'aide et leur a annoncé qu'il entraînait dans un centre de désintoxication. Les membres de sa famille se sont alors cotisés pour payer les frais de la thérapie. Quelques jours plus tard, Sébastien a été mis en état d'arrestation alors qu'il se trouvait avec des amis dans un immeuble désaffecté. Il avait dépensé tout l'argent de sa famille pour consommer et célébrer son anniversaire.

11.1 Une description clinique des troubles liés à une substance

L'appellation « substance psychoactive » (ou psychotrope) fait référence à tout composé chimique qui a la propriété d'altérer les processus mentaux, les comportements, l'humeur ou encore les perceptions. Cette définition inclut les drogues illégales comme la marijuana, la cocaïne et l'héroïne, mais aussi plusieurs substances légales telles que la caféine, la nicotine ou l'alcool, ainsi que tous les médicaments et produits pharmaceutiques ou chimiques qui ont des effets sur le fonctionnement du système nerveux.

Il existe plusieurs types de consommateurs ou de modes de consommation de substances (Brisson, 2001; MSSS, 2008). L'abstinence ou la non-consommation correspond à la situation de la personne qui n'a jamais consommé ou qui a arrêté de le faire. L'expérimentation ou l'exploration sont le fait d'un individu qui consomme à un moment particulier, par curiosité ou pour faire comme les autres. L'**usage récréatif** (ou **occasionnel**) se caractérise par une consommation modérée, généralement dans un contexte social. Il peut s'agir, par exemple, du café matinal, du verre de bière en fin de soirée avec des amis ou encore de la consommation occasionnelle d'une substance illégale. Dans la grande majorité des cas, l'usage récréatif n'entraîne pas d'escalade vers des formes plus problématiques de consommation (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006). L'usage régulier correspond à une consommation à un rythme précis et planifié (par exemple, toutes les semaines ou tous les mois) et comporte un risque d'abus ou de dépendance psychologique. Quant à l'**usage abusif** (ou **abus de substance**), il consiste en une utilisation exagérée et incontrôlée d'une substance ou d'un mélange de plusieurs substances, peu importe la fréquence de consommation. L'utilisation abusive de la substance peut provenir d'un besoin de défoulement ou de fuite et expose le consommateur à des dangers de mélanges toxiques ou de surdose. Enfin, la **surconsommation** correspond à une consommation abusive et régulière d'une ou de plusieurs substances qui occupe une place importante dans les activités quotidiennes de la personne, risquant d'entraîner une dépendance psychologique et physique et des problèmes de fonctionnement ou une détresse significative.

Le *DSM-5* sépare les problèmes de consommation en deux catégories pour chaque substance: les troubles induits par une substance et les troubles de l'usage d'une substance (APA, 2015).

11.1.1 Les troubles induits par une substance

Les troubles induits par une substance, c'est-à-dire résultant de l'utilisation d'une substance, sont l'intoxication et le sevrage, ainsi que plusieurs troubles psychologiques.

Usage récréatif (ou occasionnel)

Consommation modérée ou de faible intensité qui n'induit pas de complication ou de trouble lié à une substance.

Usage abusif (ou abus de substance)

Utilisation exagérée ou incontrôlée d'une substance qui peut comporter des dangers comme la surdose.

Surconsommation

Utilisation régulière d'une ou de plusieurs substances qui entraîne un risque de dépendance et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne.

Dans la grande majorité des cas, l'usage récréatif d'une substance psychoactive n'entraîne pas d'escalade vers des formes plus problématiques de consommation.



Intoxication

Réaction spécifique associée à la consommation récente d'une substance psychotrope.

Sevrage

Syndrome correspondant à l'état de manque provoqué par la réduction ou l'arrêt de la consommation d'une substance dont l'individu est dépendant.

Delirium tremens

Syndrome grave observé chez une personne en sevrage d'alcool, marqué par des idées délirantes, de la confusion, des hallucinations, des maux de tête, de la fièvre, des sueurs et des tremblements.

État confusionnel (delirium)

État altéré de conscience et de perturbation cognitive qui survient après une affection médicale ou la consommation d'une substance.

L'intoxication

L'**intoxication** est la réaction spécifique et temporaire associée à la consommation récente d'une substance en particulier, par exemple être en état d'ébriété après avoir bu de l'alcool. Le type et le niveau d'intoxication varient grandement selon la substance en cause, la quantité consommée, le mode d'administration ainsi que les réactions physiologiques et psychologiques individuelles. Parmi les indices fréquents d'intoxication, on trouve des signes physiologiques (difficultés de coordination motrice, modification du rythme cardiaque ou de la tension artérielle, dilatation ou constriction des pupilles, etc.), des altérations cognitives (capacité de jugement diminuée, modifications au niveau des perceptions, de la vigilance ou de l'attention, etc.), des changements d'humeur et de comportement, ainsi que des altérations du fonctionnement social ou professionnel (APA, 2015).

Le sevrage

Lorsque la personne réduit ou cesse sa consommation massive et prolongée d'une substance, l'effet de **sevrage** correspond aux conséquences physiques nuisibles et désagréables qui se manifestent dans l'organisme, ainsi qu'aux changements comportementaux, émotionnels et cognitifs problématiques qui surviennent (Franklin et Frances, 1999). Le syndrome de sevrage est généralement accompagné de souffrance ou de problèmes de fonctionnement. Souvent, le sevrage entraîne une envie urgente de consommer pour atténuer les effets désagréables ressentis et les difficultés de fonctionnement ou la sensation de manque. Pour certaines substances, l'effet de sevrage est léger, comme un simple mal de tête en l'absence du café matinal. Certains sevrages sont toutefois beaucoup plus nocifs pour l'organisme. Par exemple, chez une personne dépendante à l'héroïne, le manque peut provoquer des douleurs physiques intenses; les effets du manque d'alcool chez la personne dépendante à l'alcool sont très graves (**delirium tremens**, convulsions, problèmes cardiaques, etc.) et peuvent même causer la mort (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010).

Les troubles psychologiques induits par une substance

La consommation d'une substance peut être directement à l'origine de plusieurs troubles mentaux, qui peuvent survenir à l'occasion d'une intoxication ou d'un sevrage ou découler d'une consommation à long terme. Il existe différents troubles pouvant être induits par une substance : l'**état confusionnel (delirium)** (voir le chapitre 15), les troubles neurocognitifs, comme la démence ou l'amnésie, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les dysfonctions sexuelles, les troubles du sommeil et les troubles obsessionnels-compulsifs. La toxicomanie est fortement associée aux problèmes de santé mentale; il existe un lien bidirectionnel entre les deux. D'une part, les gens atteints de troubles mentaux peuvent être portés à consommer, notamment pour moins ressentir la souffrance. D'autre part, l'intoxication, la dépendance à une substance, ainsi que le sevrage sont susceptibles de faire augmenter les risques d'apparition de troubles psychologiques (APA, 2015). Par exemple, il existe une comorbidité (voir la page 111 du chapitre 4) de 37 à 53 % entre l'abus de substance et la présence d'une maladie mentale (Regier *et al.*, 1990).

11.1.2 Les troubles de l'usage d'une substance

Auparavant, le *DSM* faisait une distinction entre les diagnostics d'abus et de dépendance à une substance. Cependant, le terme « dépendance » est abandonné dans le *DSM-5* même s'il est toujours utilisé dans le milieu de la toxicomanie pour décrire un problème grave relié à la consommation compulsive et répétée d'une substance. Dans le *DSM-5*, abus et dépendance sont maintenant regroupés sous le terme diagnostique plus large et plus neutre de troubles de l'usage d'une substance. De plus, chaque diagnostic de trouble de l'usage d'une substance en



particulier est désormais associé à un degré de gravité selon le nombre de critères diagnostiques présents chez l'individu (léger = 2 à 3; moyen = 4 à 5; grave = 6 et plus), ainsi qu'à des spécifications concernant la possibilité que l'individu soit en rémission précoce ou prolongée, dans un environnement protégé (où l'accès aux psychotropes est limité, comme dans un centre de cure fermée) ou encore en thérapie.

Le *DSM-5* a établi pour chaque substance des critères diagnostiques spécifiques du trouble lié à son usage. L'encadré 11.1, à la page suivante, propose plutôt un résumé de ces critères présentés globalement pour toutes les substances. De façon générale, le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance correspond à « un mode d'usage problématique de [la substance, qui conduit] à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative » (APA, 2015, p. 583). Il se caractérise par la présence d'au moins deux des manifestations présentées à l'encadré 11.1, au cours d'une période de 12 mois. Le diagnostic est donc basé sur un ensemble de comportements pathologiques liés à l'usage de la substance et pouvant impliquer des problèmes de contrôle (critères 1 à 4), des problèmes de fonctionnement social (critères 5 à 7), une consommation risquée ou dangereuse (critères 8 et 9) et des critères pharmacologiques (critères 10 et 11). Ces critères pharmacologiques correspondent aux phénomènes de **tolérance** et de sevrage; toutefois ils ne sont plus nécessaires ou obligatoires pour poser le diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance (APA, 2015).

Ainsi, la toxicomanie (ou la dépendance) est souvent caractérisée par des comportements liés à la dépendance psychologique (voir les critères 1 à 9 de l'encadré 11.1) et par l'apparition de signes physiologiques de dépendance physique (voir les critères 10 et 11 de l'encadré 11.1). La dépendance physique est donc caractérisée par la tolérance à la substance, de même que par la possibilité de présenter un syndrome de sevrage.

De toutes les substances, c'est la nicotine qui génère la plus grande accoutumance. Les fumeurs sont d'ailleurs de plus en plus informés des dangers liés à l'usage du tabac.

Tolérance

Adaptation de l'organisme à une substance qui provoque une réduction des effets pour une dose donnée et une tendance à augmenter la consommation pour obtenir les mêmes effets.

ENCADRÉ 11.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour les troubles de l'usage d'une substance

La réduction du contrôle sur la consommation d'une substance correspond au premier groupe de critères (critères 1-4).

1. Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Il peut exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.
3. L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets.
4. Une envie impérieuse (*craving*) de la substance correspond à un fort désir ou à un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment, et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement. [...]

L'altération du fonctionnement social correspond au deuxième groupe de critères (critères 5-7).

5. La consommation répétée de substance peut conduire à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
6. Le sujet peut continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

La personne peut se retirer d'activités familiales et de loisirs pour consommer la substance.

La consommation risquée de la substance correspond au troisième groupe de critères (critères 8-9).

8. [...] consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.
9. Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. [...]

Les critères pharmacologiques représentent le dernier groupe (critères 10-11).

10. La tolérance est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance. [...]
11. Le sevrage est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage, la personne peut consommer la substance pour soulager ces symptômes. Les symptômes de sevrage varient fortement selon les classes de substances, et des ensembles distincts de critères de sevrage sont décrits selon les classes de substance. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Du point de vue de la santé publique, il est intéressant de constater que les substances qualifiées d'illicites par la loi ne sont pas nécessairement celles qui sont reconnues pour provoquer les plus fortes dépendances. Par exemple, selon les professionnels de la toxicomanie, de toutes les substances, la nicotine générerait la plus grande accoutumance, tandis que l'alcool et certains médicaments (Valium^{MD}, Quaalude^{MD} et Seconal^{MD}) provoqueraient une dépendance plus forte que celle de l'héroïne ou de la cocaïne (Franklin, 1990).

Cependant, il est important de comprendre qu'il est possible d'être dépendant à d'autres substances contenant des psychotropes, par exemple le chocolat ou les boissons énergisantes qui renferment de la caféine. Une personne peut aussi présenter plusieurs dépendances simultanément. D'ailleurs, c'est le cas de Sébastien (voir l'étude de cas à la page 274), qui souffre de **polytoxicomanie**, puisqu'il semble dépendant à plusieurs substances en même temps.

L'exercice 11.1 permet de faire une réflexion personnelle sur vos habitudes de consommation.

Polytoxicomanie

Problème de dépendance simultanée à deux ou à plusieurs substances différentes.

EXERCICE 11.1 | Une réflexion personnelle sur vos habitudes de consommation

Par rapport à vos habitudes de consommation, répondez aux questions suivantes.

1. Faites l'évaluation de votre ou de vos modes de consommation. Quel type de consommateur pensez-vous être ?
2. En considérant les critères de l'encadré 11.1, estimez-vous présenter des indices d'un trouble de l'usage d'une substance, ou encore des signes de dépendance psychologique ou physique à une ou à plusieurs substances ?
3. Évaluez votre capacité à cesser la consommation d'une substance que vous utilisez habituellement et à la remplacer par une activité d'abstinence. Par exemple, si vous buvez de l'alcool chaque fin de semaine, tentez de relever le défi de ne pas consommer une goutte d'alcool au cours de la fin de semaine prochaine !

L'exercice 11.2 permet de vérifier la compréhension des différents concepts relatifs aux troubles liés à une substance.

EXERCICE 11.2 | Les différents concepts relatifs aux troubles liés à une substance

Associez chacun des cas à l'un des concepts suivants :

- | | |
|--|---|
| A La substance psychoactive | F Le sevrage |
| B L'intoxication à une substance | G La tolérance |
| C L'usage récréatif ou occasionnel | H La polytoxicomanie |
| D L'usage abusif ou l'abus de substance | I L'abstinence |
| E La surconsommation, la toxicomanie ou la dépendance à une substance | J L'expérimentation ou l'exploration |

1. Chaque semaine, Daniel consomme une ou deux bières, généralement le vendredi. Il ne perd jamais le contrôle de ses facultés et ses amis le considèrent comme le plus raisonnable d'entre eux.
2. Jennifer, qui a 17 ans, a remarqué qu'elle boit de plus en plus, presque tous les jours. Elle est aussi souvent distraite en classe et au travail. Elle a essayé d'arrêter plusieurs fois, mais les conséquences lorsqu'elle arrête sont trop pénibles, ce qui la démotive.
3. Dave aime faire des *trips* intenses. Lors du dernier party, il a pris beaucoup d'alcool, du GHB, du pot et des champignons magiques. Il a tellement mélangé et consommé qu'il a été incapable de parler et de bouger pendant une bonne partie de la soirée.
4. Après avoir consommé plusieurs verres de vin, Sophie titube, bredouille et semble confuse.
5. Les antidépresseurs pris par Julia sont des médicaments qui améliorent l'humeur.
6. Andrew a essayé une fois de prendre de l'ecstasy pour en connaître l'effet et faire comme les autres dans un party.
7. Céleste pense qu'elle est « accro » en même temps au hasch, à la coke et aux *speeds*.
8. Après avoir éprouvé de graves problèmes de dépendance au crack, Mathieu n'y a pas touché depuis bientôt 10 ans.
9. Michèle doit consommer un peu plus de cocaïne chaque fois si elle veut ressentir les mêmes effets que d'habitude.
10. Quand Grégory a soudainement décidé d'arrêter de boire des boissons énergisantes, il s'est mis à avoir mal à la tête, il se sentait toujours endormi et il avait de la difficulté à se concentrer.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

11.2 La classification des substances

Désinhibition

Perte ou diminution de la capacité d'agir de façon réfléchie et contrôlée, pouvant aller, par exemple, du simple fait d'être un peu moins timide jusqu'à adopter des comportements socialement inappropriés.

Démence alcoolique (ou syndrome de Korsakoff)

Syndrome de démence associé à une dégénérescence irréversible du cerveau, attribuable à une consommation massive et prolongée d'alcool.

Effet d'interaction

Présence simultanée de deux ou de plusieurs substances dans l'organisme qui interagissent, modifiant les effets de ces substances ou provoquant des effets supplémentaires.

Dysphorie

Instabilité de l'humeur qui génère des émotions parfois contradictoires ou qui s'accompagne d'anxiété, de colère ou de tristesse.

Il existe plusieurs classifications des substances psychotropes. Dans la plupart d'entre elles, ces substances sont divisées en trois grandes catégories, selon les effets qu'elles provoquent chez le consommateur : les dépresseurs (psychotropes qui diminuent le niveau d'activité du système nerveux central), les stimulants (psychotropes qui augmentent le niveau d'activité du système nerveux central) et les perturbateurs (psychotropes qui altèrent les activités du système nerveux central).

Le tableau 11.1 décrit les principales substances psychoactives, leurs effets, leurs conséquences possibles à long terme et quelques statistiques.

11.2.1 Les dépresseurs

Les dépresseurs du système nerveux central ralentissent l'ensemble des fonctions du système nerveux. L'effet principal est donc la réduction du niveau d'activation physiologique, ce qui ralentit l'organisme et l'esprit, et aide ainsi l'individu à se détendre. C'est pourquoi certains dépresseurs sont prescrits sous forme de médicaments pour résoudre des problèmes d'insomnie, de douleur chronique ou d'anxiété. Cependant, ces substances sont parmi les plus susceptibles de provoquer la dépendance physique, la tolérance ainsi que des effets de sevrage une fois la consommation cessée. Les substances comprises dans cette catégorie sont l'alcool, les médicaments aux effets analgésiques ou antidouleur (substances qui réduisent ou suppriment la douleur), anesthésiques

Tableau 11.1 Les substances psychoactives

Substance psychotrope	Effets* 1. faible dose 2. forte dose	Conséquences à long terme de la dépendance ou du sevrage*	Statistiques
Les déprimeurs			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcool 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bien-être et désinhibition. 2. Incoordination motrice (démarche, discours, etc.); altération du temps de réaction, du jugement, de l'attention, de la mémoire et du fonctionnement; <ul style="list-style-type: none"> - Facteur de risque prénatal (malformations, mortalité, syndrome d'alcoolisme fœtal); - Comportements violents, autodestructeurs ou de prise de risque; - Danger de surdose, de coma et de mort. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance et sevrage. ▪ Troubles psychologiques, delirium tremens et troubles du sommeil liés au sevrage. ▪ Dommages à tout l'organisme : maladies du foie (hépatite, cirrhose), cancers, problèmes cardiovasculaires, troubles neurologiques (lésions cérébrales, démence alcoolique, trouble amnésique) et mort. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3% des adultes canadiens sont dépendants à l'alcool; 17% des buveurs canadiens ont un comportement à risque lié à la consommation d'alcool. ▪ Les jeunes de 18 à 24 ans sont les plus susceptibles d'être des buveurs problématiques. ▪ 50% des personnes alcooliques souffrent d'un autre problème de santé mentale.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sédatifs (tranquillisants et barbituriques), hypnotiques (sommifères) et anxiolytiques ▪ Médicaments prescrits pour les problèmes de sommeil et d'anxiété (par exemple Amytal^{MD}, Seconal^{MD}, Ativan^{MD}, Valium^{MD}, Xanax^{MD}) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Détente et bien-être, effet sédatif (calmant), hypnotique (induction du sommeil) et anxiolytique (réduction de l'anxiété). 2. Effets déprimeurs similaires à ceux de l'alcool à forte dose et effets d'interaction avec l'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance et sevrage (à faire sous surveillance médicale). ▪ État confusionnel (delirium), troubles psychologiques et troubles du sommeil liés au sevrage. ▪ Démence et trouble amnésique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4% des Canadiens adultes consomment des benzodiazépines. ▪ Les prescriptions de benzodiazépines ont augmenté de 12,8% de 1996 à 2000. ▪ 21% des Canadiens adultes ont consommé des médicaments antidouleur au cours des 12 derniers mois, 9% des sédatifs.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opiacés naturels (morphine, codéine, héroïne) ou synthétiques (par exemple méthadone, Pethidine^{MD}, Demerol^{MD}, Darvon^{MD}, Oxycodone^{MD}) ▪ Médicaments prescrits ou drogues souvent injectables 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effets euphoriques intenses (bien-être), analgésiques (soulagement de la douleur) et narcotiques (substance provoquant un assoupissement, un relâchement musculaire et une baisse de sensibilité); <ul style="list-style-type: none"> - Danger d'infection (comme le VIH) lié aux injections intraveineuses; - Altération du jugement, de l'attention, de la mémoire et du fonctionnement. 2. Effets déprimeurs similaires à ceux de l'alcool à forte dose et effets d'interaction avec l'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance, dépendance très forte et sevrage très pénible qui dure de 1 à 7 jours. ▪ Sueurs, nausées, tremblements, douleurs musculaires, diarrhée, fièvre, insomnie, dysphorie, anxiété et agitation liés au sevrage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Environ 0,4% des Québécois et 0,7% des Canadiens de 15 ans et plus auraient déjà consommé de l'héroïne durant leur vie. ▪ 7% des étudiants américains consomment des médicaments opiacés sans prescription.



Substance psychotrope	Effets* 1. faible dose 2. forte dose	Conséquences à long terme de la dépendance ou du sevrage*	Statistiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ GHB (gamma-hydroxybutyrate), liquide incolore et inodore ou poudre ▪ Rohypnol^{MD}, en comprimés ou en poudre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effets sédatifs (calmants), relaxants et euphorisants similaires à ceux de l'alcool, détente musculaire, étourdissements, somnolence. 2. Confusion, amnésie, paralysie, évanouissement, danger de surdose (convulsions, coma et mort). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de connaissances sur les effets à long terme du GHB. ▪ Tolérance, dépendance et sevrage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de statistiques sur la consommation de GHB. ▪ Les agressions sexuelles susceptibles d'être liées aux drogues du viol compteraient pour 15 % environ.
Les stimulants			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amphétamines (<i>speed</i>) en comprimés ▪ Méthamphétamine (<i>crystal meth</i>) en poudre consommée par inhalation ou injection, ou en comprimés ▪ Ecstasy (MDMA) en comprimés ▪ Sels de bain (mélanges variés de produits stimulants et hallucinogènes) en poudre, en capsules ou en comprimés ▪ Médicaments stimulants (par exemple Ritalin^{MD}, Adderall^{MD}), comprimés prescrits pour traiter le TDAH 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation de l'énergie et de la vigueur, réduction de l'appétit et de la fatigue. 2. Hallucinations, agitation, délires paranoïdes, comportements inadaptés, altération du jugement et du fonctionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance, dépendance et sevrage. ▪ Troubles du sommeil et de l'humeur liés au sevrage. ▪ Troubles de l'attention, de la mémoire et de l'apprentissage; symptômes psychotiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 % des Québécois de 15 ans et plus disent avoir déjà consommé des amphétamines et 4 %, de l'ecstasy. ▪ 65 % des jeunes Montréalais participant à des fêtes technos (<i>raves</i>) disent avoir déjà consommé de l'ecstasy. ▪ Le Ritalin^{MD} est l'un des médicaments les plus prescrits aux enfants.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cocaïne (fumée, prise ou injectée) ▪ Crack (roche de cocaïne, purifiée et fumée à la pipe, généralement obtenue par dissolution et chauffage de la drogue avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensation d'énergie et d'euphorie (bien-être anormal ou exagéré), d'invincibilité ou de puissance, réduction de la fatigue et de l'appétit. 2. Impulsivité, hallucinations, panique, agitation, paranoïa (sentiment fort et très anxieux d'être persécuté ou agressé), altération du jugement et du fonctionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance, dépendance et sevrage. ▪ Troubles de l'humeur, d'anxiété et du sommeil liés au sevrage. ▪ Troubles de l'appétit, de la sexualité; comportements compulsifs; isolement social et familial; symptômes psychotiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 % des Canadiens de 15 ans et plus disent avoir déjà consommé de la cocaïne ou du crack durant leur vie et 1 % au cours des 12 derniers mois.

Substance psychotrope	Effets* 1. faible dose 2. forte dose	Conséquences à long terme de la dépendance ou du sevrage*	Statistiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicotine du tabac, qui peut être fumé, chiqué ou prisé 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilance et sensation de plaisir. 2. Augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque, nausées, vertige, fébrilité, diarrhée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance, dépendance très forte et sevrage. ▪ Fatigue, humeur dépressive, insomnie, irritabilité, anxiété, difficulté de concentration, fébrilité, impatience, augmentation de l'appétit et prise de poids liés au sevrage. ▪ Maladies physiques (cancer, maladies cardiovasculaires), morbidité, mort. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2014, 18% des Canadiens étaient des fumeurs. ▪ Le tabagisme est la première cause au monde de mortalité pouvant être évitée. ▪ Comorbidité du tabagisme avec tous les troubles mentaux. ▪ Taux de rechute comparables pour l'héroïne, l'alcool et la nicotine.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caféine (café, thé, produits du cacao, boissons gazeuses et énergisantes) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduction de la fatigue, amélioration de l'humeur. 2. Anxiété, tremblements, agitation, troubles cardiaques et gastro-intestinaux, augmentation du temps d'endormissement, diminution de la qualité du sommeil et insomnie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance et sevrage léger. ▪ Maux de tête, étourdissements, irritabilité et fatigue liés au sevrage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substance la plus consommée en Amérique du Nord : 90% des Nord-Américains en consomment.
Les perturbateurs			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marijuana, cannabis ou hachich (tétrahydrocannabinol ou THC), fumé ou ingéré 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effets variés : yeux rougis, sécheresse de la bouche, augmentation de l'appétit, perception altérée, intensification des sensations corporelles, sensation de bien-être, diminution de la douleur, détente. 2. Changements d'humeur, anxiété, paranoïa, isolement social, étourdissements, désorientation, nausées, vomissements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance faible. ▪ Pas de sevrage, mais irritabilité, perte d'appétit, nausées et difficultés liées au sommeil. ▪ Défaillance de la mémoire ; diminution de la concentration, de l'estime de soi, du niveau de motivation ; problèmes de relations interpersonnelles ou d'emploi ; dépression, anxiété et symptômes psychotiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 42% des Canadiens de 15 ans et plus affirment avoir déjà consommé du cannabis durant leur vie et 11% au cours des 12 derniers mois. ▪ 10% des usagers récréatifs deviennent des consommateurs chroniques, et 5 à 10% deviennent dépendants.

Substance psychotrope	Effets* 1. faible dose 2. forte dose	Conséquences à long terme de la dépendance ou du sevrage*	Statistiques
<p>Autres hallucinogènes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LSD (acide lysergique diéthylamide) en buvard ou en comprimés ▪ PCP (phencyclidine) en comprimés ou en poudre ▪ Substances inhalées (solvants volatils, gaz, aérosols, nitrites; aussi classés avec les dépresseurs) ▪ Kétamine liquide, en poudre ou en comprimés (tranquillisant, aussi classé avec les dépresseurs) ▪ Champignons magiques (psilocybine) ▪ LSA (amide d'acide lysergique) ▪ DMT (diméthyltryptamine) tiré de l'écorce de virola ▪ Mescaline tirée du cactus peyotl, etc. 	<p>1. Altérations diverses des perceptions et du jugement : intensification ou baisse des sensations, sentiment de dissociation ou de dépersonnalisation, hallucinations, euphorie, etc.</p> <p>2. Risque de panique (<i>bad trip</i>) : peur et sentiment de perdre le contrôle, confusion, perte de coordination et de mémoire, incapacité de parler, engourdissements, nausées, vomissements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance faible, état de manque, mais pas de symptômes de sevrage. ▪ Risques de déclenchement d'un épisode psychotique ou de psychose toxique. ▪ Risque de retours en arrière (<i>flashbacks</i>) : hallucinations sans avoir consommé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 % des élèves québécois du secondaire et 12 % des Canadiens de 15 ans et plus affirment avoir déjà consommé un hallucinogène.

* À forte dose, l'intoxication à toutes les substances psychoactives (sauf la caféine et la nicotine) ainsi que les conséquences de la dépendance ou du sevrage sont susceptibles de déclencher un trouble psychologique : trouble neurocognitif et état confusionnel (delirium), trouble psychotique (sauf les opiacés), trouble de l'humeur (sauf le cannabis), trouble anxieux, trouble obsessionnel-compulsif (surtout les stimulants), dysfonction sexuelle (sauf le cannabis, les inhalants et les hallucinogènes) ou un trouble du sommeil (sauf les inhalants et les hallucinogènes). Ces mêmes substances (sauf la caféine, la nicotine et la majorité des perturbateurs) impliquent un danger de surdose, de coma et de mort.

Source : Données tirées de Adlaf, Begin et Sawka (2005); Adlaf, Demers et Gliksman (2005); Bernèche *et al.* (2000); Brochu et Orsi (2008); Buxton (2005); Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2012); Centre québécois de lutte aux dépendances (2006); Conrod et Stewart (2005); Gadsby (2001); Gendarmerie royale du Canada (GRC) (2008; 2013); Goldstein (1994); Gross *et al.* (2002); Haas et Hendin (1987); Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2009; 2014); INSPQ (2005); Johnson (1991); Landry et Courtois (2006); Mack *et al.* (2003); Neutel (2005); Pechnick *et al.* (1997); Physicians for a Smoke-Free Canada (2011); Research Group on Drug Use (2004); Richard, Senon et Valleur (2009); Roffman et Barnhart (1987); Santé Canada (2012; 2014); Schmitz, Schneider et Jarvik (1997); Slade (1999); Statistique Canada (2002; 2003; 2015); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003).

Anxiolytique

Médicament ou substance qui réduit l'anxiété.

Sédatif

Médicament ou substance calmante prescrite pour réduire la douleur, l'anxiété ou l'insomnie.

Hypnotique

Médicament ou substance prescrite contre l'insomnie et qui provoque le sommeil.

(substances qui produisent une perte locale ou générale de la sensibilité), **anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques**, ainsi que certaines drogues comme le gamma-hydroxybutyrate (GHB ou drogue du viol) et les opiacés (opium, morphine, codéine, héroïne, méthadone, etc.).

Le dépresseur le plus répandu est certainement l'alcool. Les pratiques liées à la consommation d'alcool sont très diverses d'une personne à l'autre. L'alcoolisme est une consommation abusive d'alcool amenant une dépendance psychologique et physique. Il s'agit de la toxicomanie la plus fréquente et qui entraîne les coûts sociaux et individuels les plus élevés, tels que la destruction de la vie familiale, sociale et professionnelle, de même que de la santé physique et mentale. Sur le plan de la santé physique, les conséquences néfastes potentielles

à long terme de l'alcoolisme sont nombreuses : maladies du foie, pancréatites, problèmes cardiovasculaires, différentes formes de cancer, dommages au cerveau sous forme de pertes de matière cérébrale, etc. Sur le plan de la santé mentale, ces pertes cérébrales sont associées à des problèmes psychologiques importants comme certaines démences prématurées ou encore la dépression et le suicide. Enfin, le sevrage d'alcool implique des tremblements, des nausées, de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie et parfois même des hallucinations dans le cadre du delirium tremens (CAMH, 2012; GRC, 2013; Santé Canada, 2014).

11.2.2 Les stimulants

Les stimulants sont les substances psychoactives les plus fréquemment consommées au Canada, probablement parce qu'ils stimulent le système nerveux central et augmentent le niveau d'activation physiologique. Ainsi, ces substances accélèrent les processus mentaux et augmentent l'état d'éveil, la vigilance et l'énergie. Ils rendent les consommateurs plus alertes et actifs. Cette catégorie comprend les stimulants mineurs (la nicotine, la caféine et ses produits dérivés comme les boissons gazeuses ou énergisantes) et les stimulants majeurs (les amphétamines, la cocaïne et leurs produits dérivés). La rubrique En relief suivante fournit de l'information supplémentaire sur les stimulants (CAMH, 2012; GRC, 2013; Santé Canada, 2014).

EN RELIEF

Les stimulants

La cocaïne est l'un des stimulants les plus connus. Issue de la plante de coca et poussant en Amérique du Sud, cette drogue a d'abord été légalisée en Amérique du Nord, où elle était très populaire. Par exemple, jusqu'en 1903, la recette de Coca-Cola contenait 60 mg de cocaïne par bouteille de 240 ml (Mack, Franklin et Frances, 2003). Le psychanalyste Freud utilisait lui-même de la cocaïne. Ainsi, jusque vers les années 1880, on croyait souvent que la cocaïne était une drogue miracle qui provoquait l'euphorie sans causer de dépendance (Franklin et Frances, 1999). De nos jours, cette drogue illicite est généralement aspirée par les voies nasales, mais elle peut également être injectée ou fumée sous une forme cristallisée appelée crack (Closser, 1992). Les phénomènes de dépendance et de sevrage chez les cocaïnomanes sont maintenant bien connus et bien documentés.

Par ailleurs, la consommation d'autres types de stimulants est de plus en plus répandue. Certaines personnes en consomment illégalement pour perdre du poids ou encore pour diminuer la fatigue et accroître la vigilance. D'autres se font prescrire des médicaments stimulants, par exemple pour combattre la narcolepsie (voir le chapitre 12) ou le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (voir le chapitre 14). Chez les jeunes étudiants, la consommation de stimulants semble avoir particulièrement augmenté. Ils les consomment souvent pour être moins fatigués et plus performants dans leurs études et leur travail. Les substances consommées sont variées : cocaïne, amphétamines, médication psychostimulante comme le Ritalin^{MD} sans prescription, caféine, boissons énergisantes, etc.

Hallucinogène

Psychotrope qui cause des hallucinations.

11.2.3 Les perturbateurs

Les perturbateurs du système nerveux, également appelés **hallucinogènes**, altèrent le fonctionnement cérébral. La cognition (ou les processus mentaux), l'humeur, les perceptions (vision, ouïe, sensations tactiles, goût et odorat) et la qualité du contact avec la réalité sont altérées à des niveaux variables. Ainsi, les consommateurs de perturbateurs auront une perception déformée de la réalité, jusqu'à imaginer des choses qui leur paraissent réelles (hallucinations). Par exemple, une personne intoxiquée par un hallucinogène pourrait avoir des idées bizarres comme penser qu'elle se détache de son corps, passer rapidement de la joie à l'anxiété ou voir les formes sur le tapis bouger. Les perturbateurs les plus connus sont le tétrahydrocannabinol (THC contenu dans la marijuana et le hachich), ainsi que les hallucinogènes comme le LSD (acide lysergique diéthylamide), la phencyclidine (PCP, drogue de synthèse), la kétamine, la psilocybine (présente dans les champignons magiques), l'amide de l'acide lysergique (LSA, provenant des graines du liseron), le diméthyltryptamine (DMT, tiré de l'écorce du virola), la mescaline (présente dans le cactus peyotl), etc.

L'exercice 11.3 permet de vérifier la compréhension du classement des substances psychotropes.

EXERCICE 11.3 | Les phénomènes liés à la dépendance

Associez chacun des énoncés à l'une des catégories de substances psychotropes suivantes :

A Un dépresseur du système nerveux central

B Un stimulant du système nerveux central

C Un perturbateur du système nerveux central

1. Je provoque une augmentation du rythme cardiaque et des difficultés d'endormissement. Je contiens la substance psychoactive la plus consommée en Amérique du Nord.

2. À fortes doses, je peux provoquer une détresse cardiorespiratoire, car je ralentis considérablement la transmission de certains signaux nerveux.

3. Je modifie la perception de la lumière, des mouvements ou des formes ; je peux être d'origine naturelle ou synthétisé en laboratoire.

4. Je suis la catégorie de substances psychotropes regroupant le cannabis, la kétamine et la mescaline.

5. Je suis la catégorie de substances psychotropes qui inclut les médicaments antidouleur, barbituriques et sédatifs.

6. Je suis la catégorie de substances psychotropes qui inclut les *speeds*, le crack et les boissons énergisantes.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

11.3 Les statistiques liées à la toxicomanie et à la dépendance

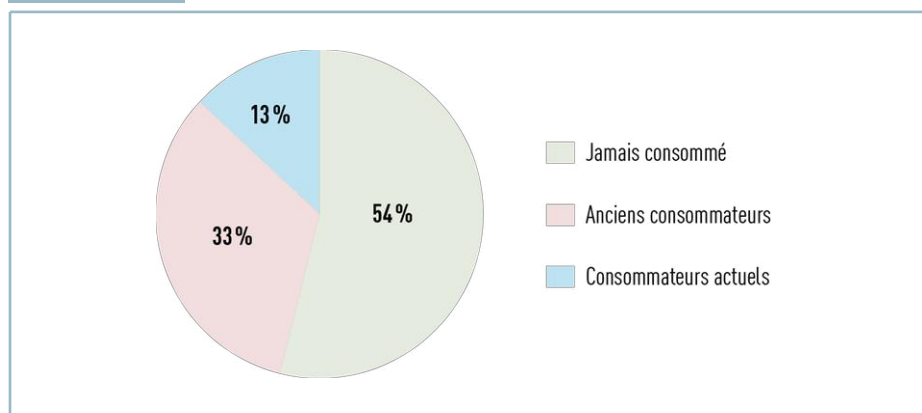
Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2010), 54% des Québécois de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de drogues illicites au cours de leur vie, 33% en ont déjà consommé par le passé, et 13% en ont consommé durant les 12 derniers mois (voir la figure 11.1).

L'âge moyen de la première expérience de consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes Québécois est de 16 ans (ISQ, 2010). Selon les réponses fournies par un questionnaire auxquels des jeunes Québécois ont répondu en 2008, 88% des élèves du secondaire n'ont pas de problème de consommation d'alcool ou de drogues, alors que 12% présentent des signes d'un problème de dépendance émergent ou déjà bien établi. Un groupe particulièrement à risque est celui des jeunes en provenance des Centres jeunesse du Québec, puisque la majorité d'entre eux (58,4% des filles et 63,1% des garçons) présenterait un problème évident de consommation d'alcool ou de drogues (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011).

Selon l'ISQ (2014), on a observé une baisse de la consommation chez les jeunes Québécois au cours des 15 dernières années: la proportion d'élèves du secondaire ayant consommé de la drogue (toutes drogues confondues) au cours des 12 derniers mois est passée de 43% en 2000, à 28% en 2008, puis à 24% en 2013. Parmi ces élèves, 42% déclarent avoir connu un épisode de consommation régulière de drogues au cours de leur vie. Le cannabis demeure la drogue la plus populaire auprès des jeunes: 23% en auraient déjà consommé. On observe la même tendance à la diminution de la consommation en ce qui concerne l'alcool au cours des 12 derniers mois chez les élèves du secondaire, laquelle est passée de 71% en 2000 à 57% en 2013.

La dernière colonne du tableau 11.1 présente plusieurs statistiques touchant spécifiquement la consommation de certaines substances.

Figure 11.1 L'usage de la drogue par les Québécois de 15 ans et plus



Source : ISQ (2010), p. 163.

11.4 Les facteurs de risque liés à la toxicomanie et à la dépendance

Plusieurs facteurs peuvent aider à expliquer pourquoi les toxicomanes s'intoxiquent, abusent de diverses substances psychotropes ou en deviennent dépendants. De nos jours, la toxicomanie est considérée selon le modèle biopsychosocial, donc comme un phénomène complexe comportant une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels.

Cette interaction de facteurs peut être illustrée à l'aide de la loi de l'effet ($E = SIC$). Cette loi explique que la consommation peut avoir des effets différents (E) selon la substance consommée (S), l'individu qui consomme (I) et le contexte dans lequel la consommation se produit (C). Il est difficile de prédire exactement l'effet d'une substance lorsque la personne la consomme. L'effet peut être différent selon le produit absorbé, la quantité et la pureté de la substance, la fréquence de la consommation, la tolérance au produit, le mode d'administration (ingéré, fumé, injecté, etc.), la combinaison avec d'autres substances, etc. L'effet peut aussi varier selon l'individu, son sexe, sa taille, son poids, son métabolisme, son état de santé physique et psychologique, son état d'esprit, ses expériences passées, etc. Enfin, l'effet peut être influencé par le contexte de consommation : le lieu, le moment de la journée, l'ambiance, les relations avec les autres (famille, amis, entourage immédiat), etc. (MSSS, 2014).

11.4.1 Les facteurs biologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance

Les facteurs biologiques de la toxicomanie sont les propriétés de la substance et son mode de consommation, les influences génétiques, l'âge et le sexe, ainsi que les influences neurobiologiques.

Les propriétés du psychotrope et son mode de consommation

Les substances psychotropes de même que la façon de les consommer ont des effets différents sur l'organisme. De plus, elles n'ont pas toutes le même potentiel d'entraîner une dépendance. Ainsi, l'étude des facteurs explicatifs de la toxicomanie doit considérer le type de psychotrope consommé, ses propriétés et le mode de consommation.

Les influences génétiques

Les toxicomanies ne semblent pas échapper aux influences génétiques. Plusieurs recherches laissent croire que certaines personnes sont génétiquement plus vulnérables à l'abus de substance ou à la dépendance (Feng *et al.*, 2004; Hampton, 2006; Xu *et al.*, 2004). Ainsi, certains facteurs génétiques pourraient augmenter la vulnérabilité d'un individu à la dépendance. Par exemple, les études familiales sur la dépendance à l'alcool montrent qu'une personne dont un membre de la famille est alcoolique aurait environ cinq fois plus de risques de devenir elle-même alcoolique (Gorwood, 2004). En comparant la fréquence de l'alcoolisme chez des jumeaux monozygotes (qui ont exactement le même bagage génétique) et chez des jumeaux dizygotes (qui ont un bagage génétique semblable à celui de frères et

sœurs), il est possible de préciser l'influence des gènes sur ce type de dépendance. Ces études montrent que 35 à 40% du risque de survenue d'une dépendance à l'alcool pourrait être lié à la génétique (Heath *et al.*, 1997 ; Kaprio *et al.*, 1987). Des facteurs génétiques semblent également influencer sur la manière dont les personnes vivent les effets de l'intoxication, ce qui permet de déterminer en partie les individus qui sont plus susceptibles d'abuser des substances psychotropes.

L'âge et le sexe

La consommation précoce augmenterait les risques d'intoxication, d'abus et de dépendance liés à une substance (Pihl, 2009). La maturation physiologique incomplète et la grande plasticité du cerveau expliqueraient pourquoi les drogues peuvent provoquer des dommages accrus chez les jeunes. L'usage de certaines substances semble augmenter avec l'âge (alcool et médicaments psychotropes), alors que pour d'autres substances, la consommation semble diminuer avec l'âge (tabac et marijuana). Enfin, ce sont les hommes qui consomment généralement davantage ces substances, à l'exception des médicaments psychotropes qui, de leur côté, sont majoritairement consommés par les femmes (Beck *et al.*, 2005).

Les influences neurobiologiques

Le plaisir ressenti après avoir consommé une substance psychotrope expliquerait en grande partie pourquoi les personnes désirent en consommer davantage (Gardner, 1997). Le circuit neurologique du plaisir, appelé **circuit de la récompense**, comprend des structures cérébrales qui s'activent à la suite de la consommation de substances psychotropes et même de certains comportements

Circuit de la récompense

Structures cérébrales qui jouent un rôle dans la sensation de plaisir et qui amènent l'individu à reproduire un comportement aux conséquences agréables, lié au fonctionnement de la dépendance.

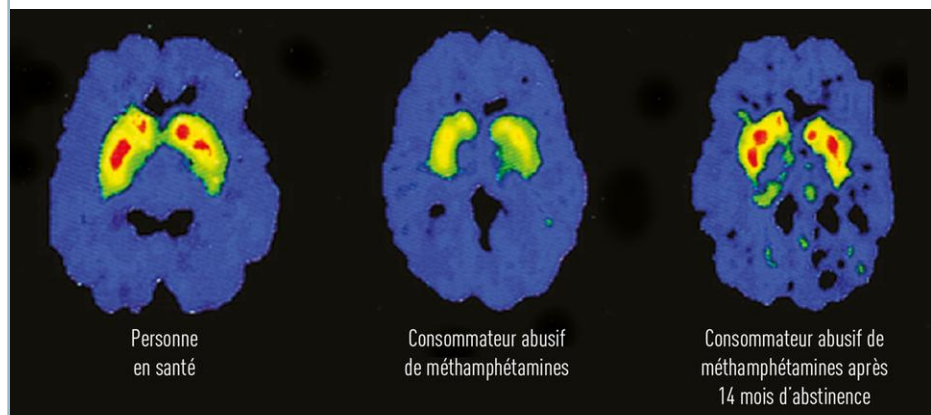


L'abus de substance peut devenir une forme d'automédication pour résoudre certains problèmes. Par exemple, les personnes qui éprouvent de l'anxiété ou de la dépression se tournent parfois vers les calmants ou l'alcool pour atténuer leurs symptômes désagréables, tandis qu'il arrive que de jeunes adultes fument de la marijuana pour tenter de contrôler leur trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

compulsifs tel le jeu pathologique. Par ailleurs, plusieurs neurotransmetteurs et plus particulièrement la dopamine sont associés au fonctionnement du circuit de la récompense. Ainsi, la consommation de psychotropes modifierait le fonctionnement des neurotransmetteurs: la substance consommée stimule ou bloque directement les récepteurs neuronaux ou encore elle modifie la synthèse, la dégradation ou la recapture d'un neurotransmetteur (Jacques et Figiel, 2006). Il semblerait aussi qu'avec le temps, le cerveau des personnes toxicomanes ne parvient plus à activer par lui-même les neurones du circuit de la récompense. Ce phénomène, qui susciterait le besoin de consommer davantage pour obtenir à nouveau ces sensations de bien-être et pourrait expliquer l'apparition de la tolérance (Denizet-Lewis, 2006), serait toutefois réversible (voir la figure 11.2).

Figure 11.2 Le rétablissement du fonctionnement du cerveau après une abstinence prolongée

Ces images, qui montrent la densité des transporteurs de dopamine, illustrent la capacité remarquable du cerveau à rétablir son fonctionnement, du moins en partie, après une longue période d'abstinence de consommation de drogue.



11.4.2 Les facteurs psychologiques liés à la toxicomanie et à la dépendance

Les facteurs de risque psychologiques de la dépendance et de la toxicomanie sont l'apprentissage, les cognitions, les traits de caractère et les problèmes de santé mentale.

L'apprentissage

Lorsqu'une personne consomme, elle perçoit des avantages assez importants pour motiver un tel comportement. Ainsi, les behavioristes diraient que les toxicomanes font l'expérience du conditionnement opérant, en étant soumis à des renforcements positifs et négatifs du comportement de consommation (voir le chapitre 1). D'une part, le plaisir que le consommateur ressent agit comme

renforcement positif qui le pousse à vouloir reproduire ce comportement. D'autre part, les drogues favorisent aussi la suppression de sensations, de sentiments ou de pensées perçus négativement, un renforcement négatif qui pousse l'individu à répéter le comportement de consommation. Ici, l'individu est motivé à reproduire le comportement de consommation pour éviter un stimulus désagréable comme la douleur physique, le stress ou encore la souffrance psychologique (Zack, Toneatto et MacLeod, 1999). Certains auteurs considèrent ce phénomène comme de l'**automédication** (Bolton *et al.*, 2004; Tomlinson *et al.*, 2006). Autrement dit, l'abus de substance devient un moyen de se médicamenter soi-même pour résoudre certains problèmes. Par exemple, une personne qui souffre d'anxiété pourrait consommer un dépresseur comme l'alcool pour se calmer. Toutefois, cette automédication répétée pourrait conduire à une dépendance et ainsi aggraver ses symptômes.

Le conditionnement classique par association de stimuli jouerait aussi un rôle important dans l'apparition de la toxicomanie. Parmi les stimuli en cause, on peut nommer la présence de la substance dans l'environnement immédiat, le fait de se trouver à proximité de lieux propices à la consommation, ou d'être en contact avec des objets associés à la consommation, de rencontrer un partenaire de consommation, ou encore d'être d'humeur dépressive ou anxieuse, etc. Si un stimulus est associé de façon répétée à la consommation d'une substance psychotrope, il peut devenir un stimulus conditionné et déclencher à lui seul le comportement de consommation par la suite (Westra et Stewart, 2002).

Les cognitions

Les perceptions et les attentes des personnes à l'égard de leur expérience de consommation semblent avoir une influence marquée sur leur réaction aux substances et sur leur mode de consommation (Goldman, Del Boca et Darkes, 1999). Par exemple, une personne qui s'attend à retirer des avantages intéressants de la consommation et qui ne croit pas au danger de dépendance d'une drogue sera plus portée à en consommer.

Les traits de caractère et les problèmes de santé mentale

Certains traits de caractère augmenteraient les risques qu'un individu consomme et devienne dépendant. Il s'agit de la tendance à rechercher des sensations fortes et nouvelles, ainsi que la tendance à l'impulsivité et au manque de contrôle de soi (Gorwood, 2004). En effet, certains traits de personnalité seraient plus fréquents chez les toxicomanes, comme l'impulsivité, la tendance à prendre des risques, l'anticonformisme, l'agressivité ou le manque d'auto-contrôle (Pihl, 2009). Il existe aussi un haut taux de comorbidité entre les troubles liés à une substance et d'autres problèmes de santé mentale, notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité. D'une part, une mauvaise santé mentale peut provoquer un trouble lié à une substance, entre autres à la suite de comportements d'automédication au moyen d'une substance psychotrope. D'autre part, l'intoxication à une substance, la dépendance et les effets d'un sevrage peuvent aussi provoquer des symptômes de dépression, d'anxiété ou de psychose.

Automédication

Consommation d'une substance légale ou illégale, sans consulter un spécialiste au préalable, pour gérer soi-même les symptômes désagréables d'une maladie physique ou d'un trouble psychologique.

11.4.3 Les facteurs sociaux liés à la toxicomanie et à la dépendance

Les principaux facteurs sociaux influençant un consommateur de psychotropes sont la famille et l'environnement social, ainsi que les influences culturelles.

La famille et l'environnement social

Des facteurs reliés à la famille et à l'entourage social peuvent influencer sur l'apparition d'une toxicomanie ou d'une dépendance. D'une part, les habitudes de consommation des parents et des proches ont une grande importance sur les futures habitudes des adolescents en matière de toxicomanie. En effet, des processus d'apprentissage social par observation (Bandura, 1977) semblent pousser certaines personnes à reproduire les comportements de consommation de leurs proches, surtout si ceux-ci semblent en retirer des avantages ou en ressentir des effets agréables (Ogden, 2008). D'autre part, il semble que les parents toxicomanes passent moins de temps à superviser et à accompagner leurs enfants que les parents qui ne souffrent pas de dépendance. Ainsi, la négligence parentale, un mode d'éducation inadéquat ou des mauvais traitements, qui ne sont pas rares dans ces situations, constituent des facteurs de risque notables de toxicomanie chez l'adolescent (Chamberland, 2007; Pihl, 2009).

Les enfants exposés à la consommation dans leur milieu familial sont aussi plus influençables par leurs pairs. En effet, la consommation de substances psychoactives est devenue un rite de passage populaire de l'adolescence vers la vie adulte (Pihl, 2009). Certains jeunes sont donc moins bien préparés que d'autres par leur milieu familial pour faire face à ces défis.

Enfin, une certaine désorganisation du milieu social pourrait jouer un rôle dans l'acquisition de la dépendance (Véléla, 2005). Certains individus toxicomanes et leurs proches entretiennent un rapport problématique avec la loi et l'autorité. Ils rejettent les normes et les conventions sociales, et ils construisent leur identité en transgressant les interdits (Cardenal *et al.*, 2007).

Les influences culturelles

Quand l'arrestation d'une célébrité pour possession de drogues ou la photo d'une star complètement intoxiquée fait la une des journaux à potins, cela peut impressionner certains jeunes qui admirent ces vedettes. Ainsi, en divulguant les habitudes des personnalités publiques en matière de consommation, les médias peuvent influencer sur les attentes et les habitudes de consommation (Miller, Smith et Goldman, 1990). De plus, les perceptions sociales et culturelles à l'égard de la consommation ont un effet crucial sur la considération portée aux toxicomanes. Ces perceptions façonnent l'évolution de la législation en matière de vente, de production, de possession et de consommation de substances illicites, ce qui influence sur leur disponibilité et leur accessibilité.

L'usage traditionnel de certaines substances psychoactives fait partie de nombreuses sociétés et cultures. Elles peuvent être utilisées comme des objets de culte ou des ingrédients médicinaux, ou être consommées au cours de cérémonies religieuses, chamaniques, ou encore lors de rites d'initiation ou de passage.

Par exemple, les chamanes d'Amazonie et du Mexique utilisent des préparations à base de plantes hallucinogènes comme l'ayahuasca et le peyotl pour entrer en transe et favoriser leur contact avec les esprits de la nature. Ainsi, chez certaines personnes, l'usage traditionnel de drogues dans leur culture pourrait favoriser l'apparition d'une toxicomanie, par exemple en rendant certaines substances plus accessibles ou leur consommation plus acceptable.

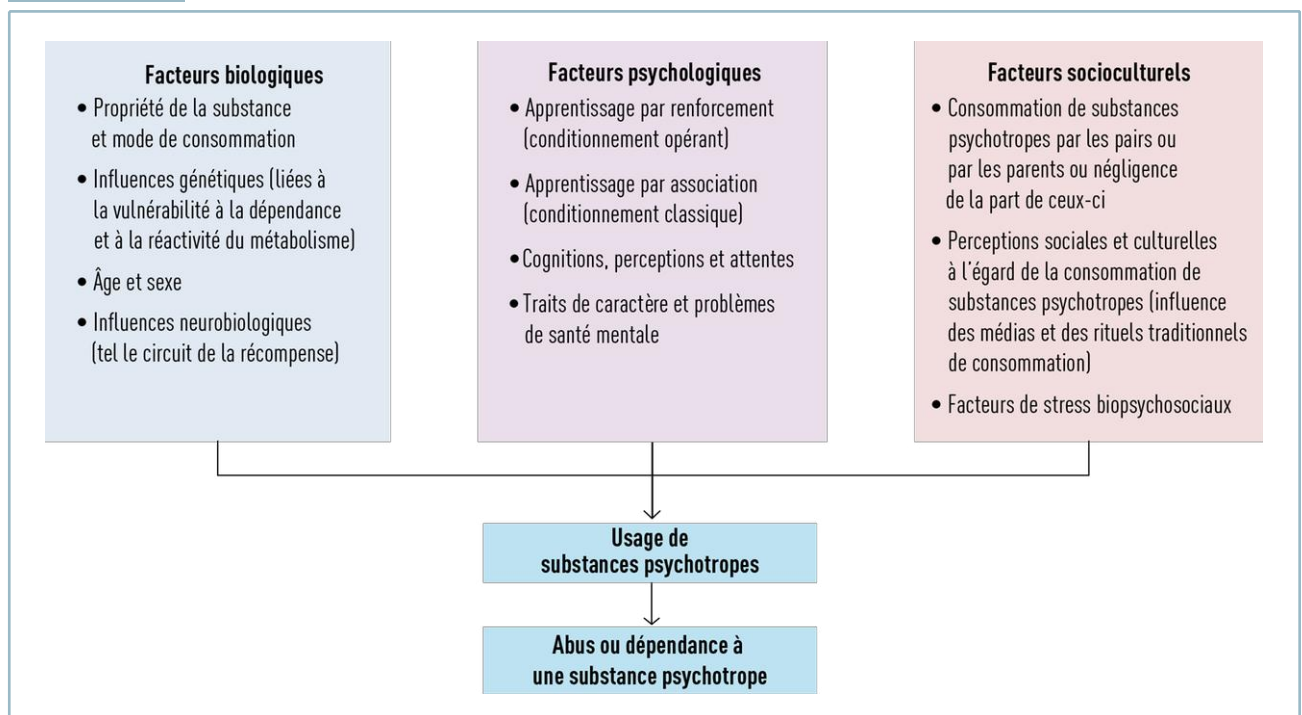
11.4.4 L'approche intégrée ou le modèle biopsychosocial

Il semble clair qu'aucun de ces facteurs pris isolément ne permet de prédire efficacement le risque de problème de toxicomanie. L'approche intégrée propose plutôt de prendre en considération plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels pour tenter d'expliquer les phénomènes liés à la consommation et à la dépendance (voir la figure 11.3).

11.5 Les interventions et les traitements de la toxicomanie et de la dépendance

Les traitements de la toxicomanie et de la dépendance s'avèrent complexes. Les personnes aux prises avec de tels problèmes sont souvent peu motivées à suivre une thérapie et, lorsqu'elles y consentent, c'est parfois à la suite des pressions de leurs proches ou à cause d'obligations légales (après une infraction criminelle, par exemple). En outre, les taux d'abandon et de rechute sont très élevés pour tous les types de traitements. Toute réadaptation en toxicomanie

Figure 11.3 Un modèle multifactoriel de la toxicomanie



Source : Adapté de Barlow, Durand et Stewart (2009).

Réhabilitation

Processus thérapeutique visant à aider une personne à retourner à un fonctionnement adéquat et normal, à la suite d'une maladie ou d'une dépendance.

Traitement de substitution

Traitement pharmacologique consistant à remplacer la substance consommée responsable de la dépendance par une autre substance aux propriétés similaires, mais moins nocives.

Agoniste

Substance ayant des propriétés similaires à celles d'une autre substance et partageant avec elle des mécanismes qui touchent la physiologie de l'organisme.

Les opiacés sont principalement consommés comme médicaments d'ordonnance contre la douleur et sous forme de drogues injectables. Ils imitent l'action des endorphines naturelles du corps, qui jouent un rôle important dans la régulation du plaisir et de la douleur.

implique que la personne touchée retrouve un équilibre biologique et psychosocial (Tremblay *et al.*, 2004).

11.5.1 La dimension biologique

Sur le plan biologique, le traitement de la dépendance débute par la désintoxication et peut se poursuivre à l'aide de la pharmacothérapie.

La cure de désintoxication

Du point de vue biologique, la première étape d'un traitement pour une dépendance à une substance consiste à procéder au sevrage. Des centres de désintoxication offrent des cures fermées d'une semaine ou plus. La personne toxicomane est alors accompagnée par une équipe de professionnels pour affronter les conséquences et les souffrances associées à la période de sevrage. Ensuite, cette même équipe l'aide à préparer son retour dans la communauté. La plupart de ces centres de désintoxication, de réadaptation ou de **réhabilitation** offrent également une thérapie et du soutien psychosocial aux personnes ayant un problème de dépendance. Néanmoins, les taux de rechute chez les personnes ayant reçu un traitement lié à la toxicomanie sont assez élevés; ils varient entre 30 et 90% selon les études consultées (Cowley, 2001).

La pharmacothérapie

La pharmacothérapie propose différents types de médicaments qui sont susceptibles d'aider la personne toxicomane à se libérer de sa dépendance ou, du moins, à en diminuer les méfaits. De façon générale, les traitements pharmacologiques semblent plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec des programmes de traitement complets et structurés, comportant des traitements psychologiques et sociaux (Desrosiers, 2010).

Le **traitement de substitution** (ou traitement par **agoniste**) vise principalement à offrir au toxicomane une substance qui partage plusieurs propriétés chimiques avec la substance à l'origine de la dépendance, mais qui est plus sécuritaire.

Par exemple, la méthadone est un agoniste des opiacés. Elle peut être prescrite pour remplacer l'héroïne et aider à réduire cette forme de toxicomanie dans plu-

sieurs pays (Kleber, 1999). Prise oralement et dosée de manière adéquate, la méthadone ne provoque pas les effets euphorisants de l'héroïne ni le danger de surdose. Néanmoins, elle procure des effets analgésiques (qui réduisent la douleur) et sédatifs (qui induisent le sommeil), de même qu'elle permet d'éviter les symptômes de manque et d'effectuer un sevrage en douceur (Jacques et Figiel, 2006). La méthadone a aussi pour conséquence d'abaisser la criminalité de même que les infections au VIH-SIDA et aux hépatites, puisque les héroïnomanes ne se livrent plus à des activités criminelles pour se procurer une substance illicite et délaissent les processus d'injection non



sécuritaires (Murray, 1998). Cependant, après un certain temps, le consommateur devient tolérant à la méthadone. Ainsi, au cours d'un traitement de substitution, la personne dépendante à l'héroïne peut devenir dépendante à la méthadone (O'Brien, 1996). D'autres traitements de substitution connus et répandus sont ceux qui sont offerts aux fumeurs dépendants à la nicotine. Par exemple, la gomme à mâcher, le timbre transdermique (*patch*), le vaporisateur nasal ou la cigarette électronique à la nicotine sont des produits qui atténuent les symptômes de manque et de sevrage. Toutefois, les traitements de substitution sont parfois remis en question, car ils ne traitent pas l'envie psychologique et n'ont aucun effet sur les habitudes et les comportements liés à la consommation.

Il existe d'autres médicaments psychotropes susceptibles de réduire le besoin de consommation, de prévenir les rechutes ou de renforcer le plaisir tiré des activités quotidiennes. Par exemple, on prescrit parfois certains antidépresseurs pour atténuer l'envie de consommer du tabac, de l'alcool ou de la cocaïne (Barclay et Vega, 2006).

Le traitement par **antagoniste** a plutôt pour objectif de bloquer ou de réduire substantiellement les effets plaisants des drogues. On a recours à une variété de substances antagonistes qui neutralisent les effets des opiacés pour traiter certaines polytoxicomanies. Par exemple, le naltrexone est un antagoniste des récepteurs des opioïdes qui atténue le plaisir ressenti lorsque la personne consomme des opiacés ou de l'alcool (Peterson *et al.*, 2006).

Le recours à certains médicaments, utilisés en tant que **traitements aversifs**, vise à provoquer des effets désagréables lorsque le toxicomane consomme. Par exemple, le disulfirame (Antabuse^{MD}) est un traitement aversif de l'alcoolisme qui provoque une sensation d'être malade et qui rend tout épisode de consommation d'alcool très désagréable. L'objectif des traitements aversifs est d'amener la personne à associer la mauvaise expérience à sa consommation afin qu'elle en diminue la fréquence jusqu'au sevrage complet et permanent. Cependant, l'utilisation des substances antagonistes ne constitue pas une recette magique pour qu'une personne se libère de sa dépendance. Pour être efficace, ce type de traitement doit faire partie d'un programme de soins complet comportant une approche psychosociale qui aide le toxicomane à modifier ses comportements de consommation.

Antagoniste

Substance qui a la propriété de bloquer, de masquer ou de supprimer les effets d'une autre substance dans l'organisme.

Traitement aversif

Traitement pharmacologique à l'aide d'une substance qui provoque des effets désagréables lorsque le toxicomane consomme la substance qui cause une dépendance.

Étude de CAS

La toxicomanie et l'intervention psychosociale

(suite du cas de la page 274)

Après son arrestation, la cour a obligé Sébastien à suivre une thérapie fermée de trois mois dans un centre de désintoxication. Durant ce séjour, il a rencontré des intervenants professionnels qui ont discuté avec lui des avantages et des inconvénients de ses habitudes de consommation. Ils l'ont également aidé à réfléchir à son niveau de motivation par rapport au changement et lui ont proposé un plan d'intervention personnalisé visant l'acquisition d'habiletés d'autocontrôle et de stratégies de gestion des pensées, des comportements et des habitudes inadaptes à l'origine de son problème de consommation. Sébastien a aussi participé à des rencontres

avec d'autres pensionnaires du centre, où un ex-toxicomane d'expérience animait la discussion et invitait les participants à partager leurs expériences et leurs réflexions avec les autres. À sa sortie, Sébastien a été invité à se lancer dans des loisirs sains et divertissants et à se faire de nouveaux amis. Il s'est mis à assister périodiquement à des rencontres de soutien données près de chez lui par les Alcooliques anonymes, où André, un ex-alcoolique de 46 ans, est devenu son mentor : il peut l'appeler en tout temps lorsque l'envie de consommer devient trop difficile à supporter. Sébastien est très fier d'avoir fêté récemment sa première année complète d'abstinence !

11.5.2 La dimension psychosociale

Selon la majorité des recherches sur la dépendance, il serait souhaitable de combiner les traitements de type biologique avec les traitements de type psychosocial. Presque toutes les thérapies psychosociales sont basées sur le principe que le problème de toxicomanie ou de dépendance est lié à la personne qui consomme et non à la substance consommée (Gestin et Lambrette, 2006). Comme les besoins des personnes qui font face à une dépendance sont très diversifiés, on a élaboré plusieurs types de traitements issus entre autres des approches motivationnelle, cognitive comportementale, de la prévention des rechutes, de la réduction des méfaits, des communautés thérapeutiques, ainsi que de soutien communautaire et des groupes d'entraide.

L'approche motivationnelle

La motivation est un élément essentiel pour traiter la toxicomanie. Ainsi, le premier pas vers une rémission ou une réhabilitation est d'abord d'admettre l'existence d'un problème et d'être motivé au changement, ce qui n'est pas toujours facile pour un toxicomane. L'approche motivationnelle vise donc à amener la personne toxicomane à prendre conscience concrètement du fait que sa consommation comporte plus d'inconvénients que d'avantages pour la motiver à cheminer vers la guérison (Miller et Rollnick, 2002).

Pour soutenir et motiver un toxicomane dans son désir de changement, le thérapeute, au cours de l'entretien motivationnel, doit faire preuve d'empathie et de considération inconditionnelle envers celui-ci. Il l'aide à prendre conscience des incohérences de ses pensées ou de ses comportements relatifs à la consommation et à diminuer sa résistance au changement. Il renforce son sentiment d'efficacité personnelle en soulignant ses forces, ses progrès et sa liberté de choix, tout en évitant de le juger. Selon certains modèles, la personne toxicomane peut passer par un processus de changement en spirale qui comporte cinq étapes : 1) la précontemplation, où la personne ne pense pas avoir de problème de consommation ; 2) la contemplation, où la personne est ambivalente et envisage les avantages et les inconvénients d'un changement ; 3) la préparation, où la personne se décide à faire des changements et à élaborer des stratégies en ce sens ; 4) l'action, où la personne s'engage dans le processus de changement et applique des stratégies afin de modifier son style de vie ; et 5) le maintien, où la personne tente de prévenir les récives ou la rechute (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Lorsque le patient a pris conscience de son problème, qu'il est motivé au changement et qu'il croit en sa capacité d'agir, un plan de traitement personnalisé lui est alors proposé (Nevid, Rathus et Greene, 2011).

L'approche cognitive comportementale

Cette approche met d'abord l'accent sur une évaluation complète de la situation afin d'établir un profil détaillé de la personne toxicomane et de ses habitudes de consommation. Ensuite, on lui propose un plan de traitement personnalisé et adapté à son profil. Ce plan comporte notamment la formulation d'objectifs thérapeutiques précis et concrets, l'apprentissage d'habiletés d'autocontrôle et

l'acquisition de stratégies de gestion de problèmes pour aider la personne toxicomane à faire face aux stressors de la vie courante et aux événements difficiles. Les traitements sont donc adaptés à ses caractéristiques individuelles.

Ainsi, lors de l'évaluation, le patient est amené à réfléchir à sa situation, puis à déterminer les causes (déclencheurs et réponses comportementales) et les conséquences (néfastes et bénéfiques) de sa consommation. Cette auto-observation permet de déceler les situations risquant de déclencher la consommation, de même que les pensées et les comportements inadaptés qu'il est nécessaire de modifier. La figure 11.4, à la page suivante, présente un exemple d'évaluation et de stratégies d'autocontrôle.

Dans l'approche cognitive comportementale, le patient reçoit aussi une aide concrète sur les différentes dimensions courantes de la vie: l'orientation scolaire, le soutien à l'emploi, la gestion des finances personnelles, l'accès à des services sociaux, etc. On encourage également le patient à adopter de nouvelles habitudes de divertissement et d'occupation. N'étant pas associées à la consommation, ces nouvelles habitudes peuvent aider la personne à s'accomplir sur différents plans (professionnel, relationnel, affectif, etc.) et servir de récompenses lorsqu'un objectif a été atteint (Mino, Page et Krokhar, 1996; Marcil-Denault, 2000; Noorani et Severn, 2010).

La prévention des rechutes

Le traitement par l'approche de la prévention des rechutes amène le toxicomane à affronter son problème et à considérer que la rechute est un échec des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales. Ce type de thérapie aborde directement les situations à haut risque de rechute et les stratégies pour surmonter l'envie de consommer liée à la dépendance psychologique et aux tentations dans l'environnement social, de même que pour affronter la sensation de manque causée par le sevrage. Par exemple, un cocaïnomanie en traitement pourrait se préparer à éviter de revoir ses amis qui consomment ou de fréquenter les lieux où il peut se procurer de la drogue. Il pourrait aussi apprendre à mieux identifier et gérer les facteurs déclencheurs et les facteurs de stress qui augmentent ses risques de rechute, par exemple les conflits avec sa famille et le stress au travail. Ici, les épisodes de rechute sont perçus comme des événements générateurs d'apprentissages à partir desquels la personne peut acquérir une meilleure connaissance de ses réactions et ainsi mieux résister aux tentations futures. Cette technique semble particulièrement efficace dans le cas des personnes alcooliques (Irvin *et al.*, 1999), dépendantes à la marijuana (Stephens, Roffman et Simpson, 1994), à la nicotine (Shiffman *et al.*, 1996) et à la cocaïne (Carroll, 1992).

La réduction des méfaits

Selon cette approche, l'abstinence totale n'est pas un objectif essentiel. L'objectif est plutôt de diminuer les inconvénients et les

Les centres d'injection supervisée visent la réduction des méfaits. Ils offrent aux consommateurs de drogues injectables un environnement sécuritaire et du matériel d'injection stérile.

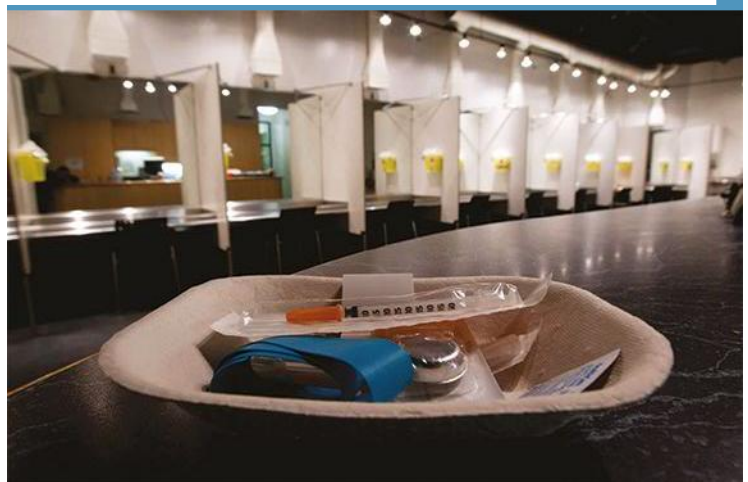
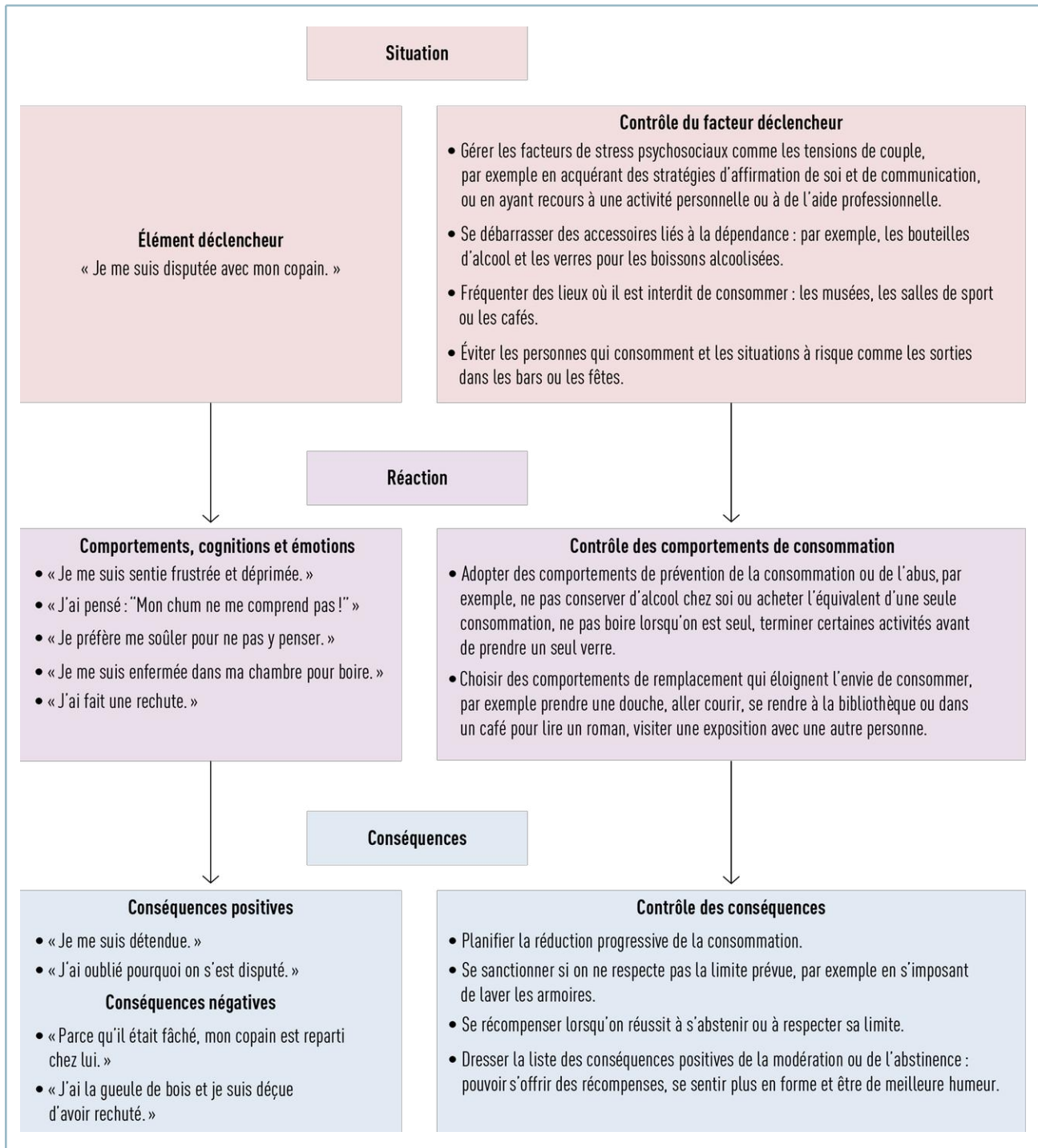


Figure 11.4 Un exemple d'évaluation et de stratégies d'autocontrôle



Source : Adapté de Nevid, Rathus et Greene (2011).

dangers associés à la consommation (Roberts et Marlatt, 1999) et d'intervenir en priorité en lien avec les problèmes les plus urgents, comme la protection de la santé des usagers ou la recherche d'un logement. Cette approche inclut certains programmes où l'on enseigne la modération ou l'usage sécuritaire de

l'alcool et des drogues, comme Éduc'alcool et Opération Nez rouge au Québec. D'autres programmes proposent des centres offrant des services d'échange de seringues, d'injection supervisée, de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang, de soins médicaux et de soutien psychosocial. Par exemple, Cactus Montréal a été le premier centre d'échange de seringues en Amérique du Nord et offre plusieurs services et soins aux utilisateurs de drogues injectables, ainsi qu'aux travailleurs et travailleuses du sexe à Montréal (Brisson, 1998).

Un autre exemple de cette approche est le centre d'injection supervisée Insite, qui permet aux consommateurs de drogues injectables de le faire dans un environnement médicalement supervisé et à l'aide de matériel stérile et sécuritaire. L'ouverture de ce centre en 2003 à Vancouver a permis de réduire le nombre d'injections réalisées en public et de surdoses mortelles, d'augmenter le nombre d'admissions dans les programmes de traitement de la toxicomanie, ainsi que de stopper la progression des crimes liés à la drogue, comme les arrestations pour trafic de stupéfiants, les agressions ou les vols (Marshall *et al.*, 2011). Ainsi, ce sont à la fois la communauté et les toxicomanes qui bénéficient des centres d'injection supervisée (Elliott, Malkin et Gold, 2002). Cependant, malgré leur succès, ces initiatives demeurent très controversées et sont assujetties aux volontés politiques et aux pressions sociales.

Les communautés thérapeutiques

Cette approche est celle de la majorité des centres de traitement, de thérapie et de réadaptation, comme le centre Le portage au Québec. Le traitement qui se fait en cure fermée dure en moyenne entre trois mois et un an. Les interventions y sont réalisées en partie par un personnel professionnel, mais aussi par des ex-usagers ou des ex-clients qui adoptent un rôle de modèle et de guide dans la communauté thérapeutique auprès des personnes en cours de traitement. Cette approche se base sur le soutien des pairs et sur la mise en place de nouvelles références qui guideront la vie des personnes avec un problème de dépendance (Brisson, 1998). Les programmes proposés se centrent principalement sur l'acceptation de la responsabilité individuelle, les rencontres de groupe, ainsi que les techniques de modification des comportements (Nadeau et Biron, 1998).

Le soutien communautaire et les groupes d'entraide

Cette approche est axée sur le soutien du milieu et des groupes d'entraide. Le soutien du milieu prend la forme d'un accompagnement, assuré par un proche de la personne toxicomane, à travers les étapes du traitement (Meyers, Villanueva et Smith, 2005). L'objectif de la démarche est d'améliorer les relations que la personne dépendante entretient avec ses proches. De plus, cette démarche donne l'occasion aux proches d'apprendre à établir des rapports fonctionnels, moins envahissants et aussi harmonieux que possible avec la personne toxicomane. Dans un même ordre d'idées, les thérapies multifamiliales visent à structurer une communauté soignante et éducative autour de la personne toxicomane pour l'aider à surmonter avec succès sa dépendance (Cassen et Delile, 2007).



Dans les groupes d'entraide, plusieurs personnes non spécialistes ou anciens toxicomanes s'engagent à aider les toxicomanes à surmonter leur dépendance. Le modèle le plus répandu et le plus populaire de groupe d'entraide est celui des Alcooliques anonymes (AA) ou des Narcotiques anonymes (NA).

D'une part, il existe des groupes d'entraide offrant de l'aide à la famille et aux amis des personnes souffrant de dépendance; autrement dit, ce sont des groupes d'entraide pour les personnes de soutien. D'autre part, le soutien que procurent les groupes d'entraide directement aux personnes souffrant de toxicomanie s'appuie sur l'idée que la dépendance est une maladie qu'il est possible de traiter par l'abstinence complète, par l'adhésion à un certain mode de vie, ainsi que par la participation active et à long terme à ces groupes. Au Québec, cette approche est appliquée par les Alcooliques anonymes (AA), les Narcotiques anonymes (NA) et par plusieurs centres de traitement, comme la Maison Jean-Lapointe et le Pavillon Pierre-Péladeau. Dans ces groupes, ce sont d'anciens toxicomanes et alcooliques qui s'engagent à aider les toxicomanes à accepter et à reconnaître leur dépendance ainsi que ses conséquences destructrices sur leur vie, puis à la surmonter un jour à la fois en restant totalement abstinentes (Brisson, 1998).

Les personnes alcooliques qui participent pleinement au mouvement des AA peuvent s'y sentir soutenues et encouragées dans leur démarche, ce qui contribue à maintenir leur motivation. Certaines recherches montrent que ces personnes s'en sortent aussi bien que celles qui se soumettent à un traitement basé sur l'approche cognitive comportementale (Ouimette, Finney et Moos, 1997). Malheureusement, une grande proportion des personnes qui font appel aux AA abandonnent en cours de programme, soit 50% après 4 mois, et 75% après 12 mois (Alcoholics Anonymous, 1990; Suissa, 2009). Des études remettent aussi en doute l'efficacité de la démarche, d'une part parce que le mouvement comporte une assise religieuse incluant plusieurs références à Dieu et, d'autre part, parce que l'alcoolisme y est considéré comme une maladie permanente alors que des preuves scientifiques contredisant cette opinion continuent de s'accumuler depuis plus d'une trentaine d'années (Suissa, 2009). Selon Amnon Jacob Suissa, docteur en sociologie et professeur à l'Université du Québec à Montréal, le groupe d'entraide ne remplace en aucun cas une thérapie personnalisée où on s'attaque aux vrais problèmes de la personne dépendante.

L'exercice 11.4 permet de vérifier la compréhension des traitements des troubles liés à une substance.

EXERCICE 11.4 | Les traitements des troubles liés à une substance

Associez chacun des énoncés à l'un des traitements suivants :

- | | |
|--|---|
| A La thérapie cognitive comportementale | E Le traitement par substitution |
| B L'approche motivationnelle | F Le groupe d'entraide |
| C La réduction des méfaits | G La prévention des rechutes |
| D La communauté thérapeutique | |

1. Thérapie qui propose le remplacement d'une substance par une autre, dans le but d'éviter l'apparition de symptômes de sevrage trop intenses et de permettre la réduction ou l'arrêt de la consommation.
 2. Thérapie reposant sur les pensées qui sont à l'origine des comportements dysfonctionnels. Certaines pensées ou croyances peuvent alors être remises en question. Ainsi, de nouveaux apprentissages permettent de réduire la fréquence d'un comportement de consommation inadéquat.
 3. Thérapie centrée sur l'idée que la dépendance est une maladie, sur l'exigence de l'abstinence complète et sur le soutien d'anciens toxicomanes lors de rencontres de groupe.
 4. Thérapie visant à accompagner la personne dans son processus de changement sans la juger.
 5. Thérapie souvent réalisée dans un centre de cure fermée, où la personne est accompagnée dans son traitement par d'autres toxicomanes, d'anciens usagers qui agissent comme leaders et des professionnels.
 6. Thérapie ayant pour objectif de diminuer les inconvénients et les dangers liés à la consommation.
 7. Thérapie visant à préparer la personne à mieux résister aux tentations futures de consommer.
- Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.*

11.6 Les dépendances liées à des activités

Dans la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, APA, 2015)*, le chapitre décrivant les troubles liés à une substance inclut la description d'une dépendance liée au jeu d'argent pathologique. Ce trouble est présenté dans cette section.

Ainsi, il est aussi possible d'être dépendant à certaines activités, c'est-à-dire de les pratiquer de façon répétitive, compulsive et incontrôlée au point de se sentir en détresse psychologique ou d'avoir des problèmes de fonctionnement. Pour identifier ce type de dépendance, le *DSM-5* parle de troubles addictifs ou d'addictions comportementales (APA, 2015). En effet, la communauté scientifique tend à reconnaître la possibilité de souffrir de dépendance à l'égard de l'utilisation d'Internet ou des appareils électroniques, de la sexualité, du magasinage et des achats, des jeux vidéo, du travail, de l'exercice physique ou d'autres activités. Toutefois, les auteurs du *DSM-5* considèrent que les données scientifiques ne sont pas encore suffisantes pour inclure ce type de dépendance dans leur classification. Nous présentons l'exemple de la cyberdépendance dans la rubrique En relief, à la page 304, pour illustrer cette nouvelle catégorie de troubles de dépendance liée à une activité.

11.6.1 Le jeu pathologique

Chez certaines personnes, les jeux de hasard et d'argent peuvent entraîner une dépendance appelée le **jeu d'argent pathologique** (ou trouble lié au jeu, jeu problématique, jeu excessif, jeu compulsif ou même ludomanie). Les critères diagnostiques de ce trouble sont présentés dans l'encadré 11.2 à la page suivante.

Jeu d'argent pathologique
Dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

Une description clinique du jeu d'argent pathologique

Les critères définissant le jeu d'argent pathologique ressemblent en plusieurs points à ceux qui déterminent la dépendance à une substance. Tout

ENCADRÉ 11.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le jeu d'argent pathologique

- A** Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
 2. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
 3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
 4. Préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
 5. Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être (p. ex. sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
 6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).
 7. Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
 8. Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
 9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

comme le toxicomane, le joueur pathologique expérimente une perte de contrôle (critère 3). Il présente aussi une certaine tolérance, c'est-à-dire qu'il est à la recherche de sensations croissantes d'excitation dans les situations de jeu, qu'il joue des sommes de plus en plus importantes et qu'il cherche à jouer davantage dans le but de récupérer les sommes perdues (critères 1 et 6). La personne qui tente d'arrêter ses séances de jeu manifeste généralement des effets psychologiques de sevrage comme l'irritabilité ou l'agitation (critère 2). Ces tentatives d'arrêt ou de contrôle du comportement de jeu sont souvent infructueuses, et le jeu devient un moyen de provoquer de nouveau une euphorie qui viendra à la rescousse du joueur (critère 5), comme un toxicomane peut consommer pour diminuer les effets du manque. Tout comme une personne dépendante à une substance, le joueur pathologique a tendance à cacher ses comportements de jeu et ses habitudes au moyen du mensonge ou de la tromperie, et ce, afin d'éviter de révéler l'ampleur de sa dépendance (critère 7). Certains vont souvent jusqu'à emprunter des sommes d'argent à leurs proches (critère 9), ce qui est aussi

un phénomène fréquent dans les cas de toxicomanie. La dépendance du joueur pathologique l'amène également à négliger des aspects importants de sa vie affective, professionnelle ou scolaire (critère 8; APA, 2015).

Tout comme les personnes souffrant d'un trouble lié à une substance, les joueurs pathologiques présentent un haut taux de comorbidité, c'est-à-dire qu'ils souffrent très fréquemment d'un autre trouble mental. Ainsi, près de 75% des joueurs pathologiques ont aussi un trouble lié à l'alcool; 38% manifestent un trouble lié aux drogues; près de 50% présentent un trouble de l'humeur, plus de 40% ont un trouble anxieux et environ 60%, un trouble de la personnalité (Petry, Stinson et Grant, 2005).

Au Québec, 25% des élèves du secondaire et 70% des adultes disent avoir participé à des jeux de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois (ISQ, 2014; Kairouz et Nadeau, 2010). On estime qu'environ 1% seraient des joueurs à risque et qu'un peu moins de 1% seraient des joueurs pathologiques, soit environ 42 000 Québécois (Kairouz et Nadeau, 2010; Ladouceur *et al.*, 2004).

Les facteurs de risque, les interventions et les traitements du jeu d'argent pathologique

En plus des facteurs de risque similaires à ceux de la toxicomanie, des facteurs cognitifs importants contribuent souvent à l'apparition d'un trouble lié au jeu, notamment des fausses croyances sur le hasard. Par exemple, le joueur compulsif peut être convaincu que la machine « est due pour gagner »; il peut s'imaginer qu'il détient un pouvoir d'action qui lui permet de contrôler l'issue d'un jeu de hasard, ou encore croire qu'il existe un système pour arriver à le maîtriser (Ladouceur *et al.*, 2000).

Au Québec, il existe plus de 130 centres de ressources pour les personnes qui souffrent du trouble lié au jeu, comme la fondation Mise sur toi ou encore la clinique du jeu de l'Université Laval. Ces centres sont listés dans le *Répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec* (Gouvernement du Québec, 2005).

Il existe trois niveaux de traitement du jeu compulsif: 1) la prévention à l'aide de l'information et de l'éducation; 2) l'identification et l'intervention précoces, qui se font au moyen des programmes d'exclusion, de la formation des employés ayant à gérer des jeux de hasard et d'argent et de la sensibilisation aux pratiques de jeu responsables; 3) les services de traitement du jeu pathologique comme les groupes de soutien, la thérapie et l'écoute téléphonique (Järvinen-Tassapoulos, 2010).

11.6.2 La cyberdépendance

La **cyberdépendance** est un trouble qui tend à devenir de plus en plus important à mesure que se répand l'usage des nouvelles technologies dans la vie de tous les jours, que ce soit au travail ou chez soi. Il s'agit d'un bon exemple de troubles liés à une activité qui ne sont pas officiellement reconnus dans le *DSM-5*, mais que la communauté scientifique est déjà en mesure de bien décrire et sur lesquels les recherches se poursuivent.

Cyberdépendance

Usage problématique ou pathologique des nouvelles technologies.

La cyberdépendance : l'usage problématique des nouvelles technologies

Par Marie-Anne Sergerie, Ph. D., psychologue

Êtes-vous fanatique des nouvelles technologies ? Avez-vous du mal à lâcher prise ? Combien d'heures par semaine passez-vous en ligne ? Pouvez-vous sortir sans votre téléphone cellulaire ? Seriez-vous capable de résister à la tentation de vérifier vos courriels tous les jours, voire plusieurs fois par jour ? Il n'y a pas si longtemps, personne n'aurait pensé à se poser ces questions. Par contre, aujourd'hui, elles sont toutes pertinentes. Selon l'Union internationale des télécommunications, Internet comptait 3 milliards d'utilisateurs en 2014 (UIT, 2015). La grande popularité d'Internet n'est pas sans avoir entraîné des problèmes pour certaines personnes. Les usages problématiques ou pathologiques des nouvelles technologies, communément appelés les cyberdépendances, ne sont pas officiellement inclus dans le *DSM-5*, bien que le phénomène soit bien réel.

La cyberdépendance se traduit par un usage des nouvelles technologies qui perturbe le fonctionnement général de l'individu et cause plusieurs difficultés de nature psychologique, sociale, scolaire et professionnelle (Caplan, 2002 ; Sergerie, 2009 ; 2012 ; Young, 1998 ; 2004). Les conséquences et les symptômes sont nombreux et comprennent le sentiment de vide, la déprime, l'anxiété et l'irritabilité. Cette dépendance se manifeste aussi par une détresse importante lorsque la personne est hors ligne, que remplace un sentiment de bien-être ou d'apaisement lorsqu'elle est en ligne. La personne dépendante se sent également incapable d'arrêter ou de réduire l'utilisation d'Internet, se désintéresse des autres activités, ressent de la honte ou de la culpabilité par rapport à cet usage problématique, raconte des mensonges sur ses activités en ligne, etc.

On distingue différentes formes de cyberdépendance selon les activités privilégiées : 1) les activités sexuelles en ligne ; 2) les « cyberrelations » ; 3) les jeux (que le *DSM-5* désigne sous le nom d'usage pathologique des jeux sur Internet et comme une problématique nécessitant des études plus approfondies) ; 4) les transactions ; et 5) la recherche d'information. Les activités sexuelles en ligne prennent la forme de « cyberpornographie » (échanger, visionner ou télécharger du matériel pornographique en ligne) ou encore de

« cybersexualité » (rechercher et avoir des partenaires sexuels en ligne ; avoir des comportements masturbatoires durant les séances de connexion). Quant aux cyberrelations, elles concernent les rencontres, les échanges et les relations établies en ligne par l'entremise du réseautage social, du clavardage ou encore des correspondances par courriels ou textos. Les jeux incluent les jeux vidéo (en ligne ou hors ligne), mais également les jeux de hasard et d'argent (poker en ligne, casinos virtuels, etc.). Les transactions regroupent les enchères, les transactions boursières ainsi que les achats en ligne. La recherche d'information fait référence à la navigation en ligne (*surfing*) pour trouver ou accumuler différents contenus (photos, articles, vidéos, etc.) (Sergerie, 2012 ; Young, 2009 ; Young *et al.*, 2000).

Que peut-on faire pour décrocher ? La reconnaissance et la compréhension des habitudes d'utilisation constituent la première étape d'une démarche permettant de trouver des solutions à la cyberdépendance. Pour y arriver, l'auto-observation des usages d'Internet s'avère efficace, par exemple le moment et la durée de connexion, les activités privilégiées, les émotions ressenties et les pensées (Sergerie, 2012). Ces auto-observations servent ensuite à établir des stratégies pour acquérir des habitudes d'utilisation plus adéquates et plus saines. Il existe aussi d'autres stratégies telles que l'utilisation d'alarmes pour encadrer les périodes de connexion ou encore l'établissement d'objectifs réalistes (par exemple, déterminer un nombre d'heures par semaine) et d'un horaire de connexion (par exemple, cibler les moments où il est plus facile ou plus difficile de se déconnecter, et en tenir compte dans l'établissement de l'horaire).

Le fait d'inclure dans sa vie des activités gratifiantes ou de détente constitue également une stratégie efficace pour consacrer moins de temps aux activités en ligne. En effet, les personnes souffrant de cyberdépendance tendent souvent à s'isoler et à se concentrer uniquement sur leurs activités en ligne au lieu de faire appel à d'autres sources de gratification et de valorisation. Il est également possible de traiter la cyberdépendance à l'aide de la psychothérapie. L'évaluation des difficultés permet de déterminer les facteurs déclencheurs et les facteurs de maintien associés aux usages des technologies pour ensuite mettre en place les stratégies d'intervention appropriées.

EXERCICE 11.5 | Une réflexion personnelle sur vos habitudes

Pensez à certaines de vos activités (utilisation d'Internet ou d'appareils électroniques, sexualité, magasinage et achats, jeux, travail, sport, etc.) et répondez aux questions suivantes :

1. En vous inspirant des critères du jeu d'argent pathologique énoncés dans l'encadré 11.2, pensez-vous présenter des signes de dépendance à une activité ?
2. Évaluez votre capacité à ne pas pratiquer une activité que vous faites habituellement en la remplaçant par un défi d'abstinence. Par exemple, si vous consultez Facebook au moins une fois par jour, tentez de ne pas y aller pendant une journée ou plus !

RÉSUMÉ

Les types de comportements liés à la consommation

- L'usage récréatif, qui ne pose pas de problème grave de fonctionnement.
- L'intoxication, qui s'observe au moment même de la consommation d'une substance spécifique ou peu après.
- L'usage abusif, qui est exagéré et incontrôlé, peu importe la substance et la fréquence de la consommation.
- La surconsommation, qui est abusive et régulière et qui occupe une place importante dans les activités quotidiennes.
- La dépendance à une substance (ou le trouble lié à l'usage d'une substance) qui entraîne des problèmes familiaux, sociaux, psychologiques et physiques.
- Plusieurs troubles psychologiques peuvent aussi être induits par l'intoxication ou le sevrage, ou encore être la conséquence d'une consommation à long terme d'une substance.



Fiche de révision

La classification des substances psychotropes

- Les déprimeurs du système nerveux central, qui ralentissent les fonctions cérébrales, motrices et sensorielles, de même que d'autres fonctions telles que la cognition et le langage; il s'agit de l'alcool, des médicaments aux effets sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, des opiacés, etc.
- Les stimulants du système nerveux central, qui tendent à augmenter le niveau de fonctionnement du métabolisme et la vigilance; par exemple, les amphétamines, la cocaïne, les médicaments comme le Ritalin^{MD}, la nicotine, la caféine, etc.
- Les perturbateurs du système nerveux central, qui tendent à modifier les perceptions et à altérer le contact avec la réalité, comme le cannabis, le LSD, le PCP, les champignons magiques et d'autres hallucinogènes.

Les facteurs de risque de la toxicomanie et de la dépendance

- Les principaux aspects biologiques de la toxicomanie sont les propriétés et le mode de consommation du psychotrope, les influences génétiques, l'âge et le sexe, ainsi que les influences neurologiques, comme le circuit de la récompense.

- Sur le plan psychologique, l'apprentissage (les conditionnements), les cognitions (l'effet des attentes), ainsi que certains traits de caractère et problèmes de santé mentale peuvent augmenter les risques de dépendance.
- Sur le plan social, la famille, l'environnement social et les influences culturelles sont considérés comme des facteurs déterminants dans le trouble de toxicomanie.
- L'approche intégrée propose de considérer l'interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels pour tenter d'expliquer les causes de la consommation de psychotropes, de l'abus d'une substance ou encore de la dépendance.

Les interventions et les traitements de la toxicomanie et de la dépendance

- L'approche biologique propose de traiter les troubles liés à une substance au moyen de la cure de désintoxication et de la pharmacothérapie (traitement de substitution ou par agoniste, traitement par antagoniste et traitement aversif).
- L'approche psychosociale propose de traiter les troubles liés à une substance au moyen de différents types de traitements, dont les principaux sont les approches motivationnelle, la thérapie cognitive comportementale, la prévention des rechutes, la réduction des méfaits, les communautés thérapeutiques, ainsi que le soutien communautaire et les groupes d'entraide.

Les dépendances liées à des activités

- Bien qu'on puisse noter plusieurs points de ressemblance entre le jeu d'argent pathologique et la toxicomanie (tolérance, sevrage, mensonge, délits, dysfonctionnement professionnel et social, facteurs de risque et types de traitements disponibles), le jeu pathologique est caractérisé, entre autres, par de fausses croyances au sujet du hasard.
- Il est aussi possible d'être dépendant à certaines activités, comme l'utilisation d'Internet ou d'appareils électroniques, la sexualité, le magasinage et les achats, les jeux vidéo, le travail, l'exercice physique, etc.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Alcooliques anonymes (AA)

www.aa.org

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

www.ccsa.ca

Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

www.depandancemontreal.ca

Dépendances (Santé et Services sociaux Québec)

www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/dependances/repertoire

Dépendants affectifs anonymes Québec

www.daa-quebec.org

Drogue: aide et référence

www.drogue-aidereference.qc.ca
1 800 265-2626

Éduc'alcool

www.educalcool.qc.ca

Gamblers anonymes

www.gaquebec.org

Jeu: aide et référence

www.jeu-aidereference.qc.ca
1 866 SOS-JEUX (767-5389);
1 800 461-0140

Les sexoliques anonymes

www.sa-quebec.org

Narcotiques anonymes (NA)

www.naquebec.org

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DU SOMMEIL

Par Luce Marinier et Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

12.1 Les troubles des conduites alimentaires.....	310
12.1.1 Les accès hyperphagiques.....	310
12.1.2 La boulimie.....	310
12.1.3 L'anorexie mentale.....	312
12.1.4 La prévalence et les facteurs de risque des conduites alimentaires.....	315
12.1.5 Les traitements des troubles des conduites alimentaires.....	320
12.2 Les troubles du sommeil.....	322
12.2.1 L'insomnie.....	322
12.2.2 La narcolepsie.....	325
12.2.3 Les troubles du sommeil liés à la respiration...	326
12.2.4 Les traitements des troubles du sommeil.....	326



On pourrait croire que les troubles des conduites alimentaires et du sommeil constituent des problèmes de santé physique plutôt que des troubles de santé mentale. En effet, l'alimentation et le sommeil sont des comportements liés à des fonctions corporelles : ils sont en bonne partie contrôlés par le système nerveux autonome. Une caractéristique de cette partie du système nerveux est d'agir sans faire intervenir la volonté. Il n'est pas nécessaire, par exemple, de penser à digérer pour que le corps traite et absorbe les nutriments. De même, la faim est régie par des structures du cerveau qui ajustent automatiquement les besoins nutritifs du corps. Quant au sommeil, il est régulé par l'horloge biologique, qui induit une alternance de cycles de mise en vigilance et de mise en repos du corps. Ce cycle est orchestré, lui aussi, sans que la conscience volontaire entre en jeu. S'endormir consiste d'ailleurs à abandonner le contrôle conscient de son corps. Certains troubles du sommeil, comme la narcolepsie ou l'apnée du sommeil, sont liés à des dérèglements physiologiques du système nerveux. Cependant, des interférences d'ordre psychologique peuvent également troubler gravement la satisfaction des besoins du corps en termes de nourriture et de sommeil.

Hyperphagie

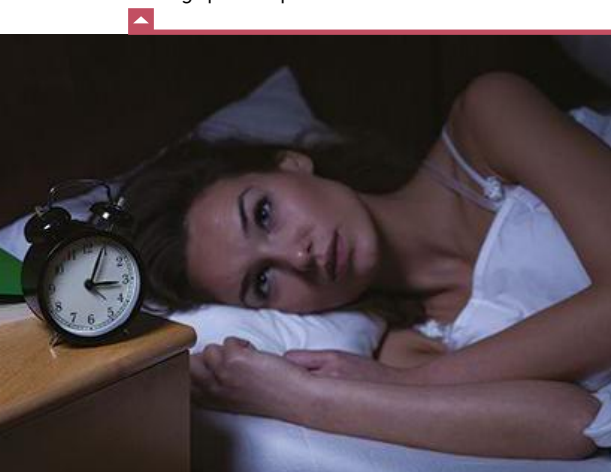
Consommation incontrôlée de nourriture.

Le système nerveux humain est un réseau immensément complexe de structures spécialisées connectées les unes aux autres. Ainsi, même si le système nerveux autonome agit de manière automatique, il n'en demeure pas moins qu'il reçoit des messages provenant des autres parties du système nerveux. Des apprentissages sociaux peuvent conduire, par exemple, à associer certains aliments à une réaction viscérale de dégoût déclenchée par le système nerveux autonome. Au contraire, d'autres aliments peuvent avoir acquis un pouvoir de réconfort et être consommés avec excès durant des épisodes d'**hyperphagie** par une personne souffrant de troubles des conduites alimentaires. Le système nerveux autonome est également perméable à des signaux de l'environnement qui peuvent être mal interprétés.

Dans le trouble du sommeil le plus courant, l'insomnie, la pensée consciente interfère avec les cycles biologiques réparateurs.

Par exemple, le manque de lumière et les écrans électroniques peuvent dérégler l'horloge biologique et entraîner des troubles du sommeil (Chang *et al.*, 2015).

Une relation problématique avec les besoins du corps est un élément central des troubles des conduites alimentaires comme la boulimie et l'anorexie mentale. On observe chez les personnes anorexiques des comportements opposés à ce que prédit la pyramide des besoins de Maslow (*voir le chapitre 1*). Selon cette pyramide, la satisfaction des besoins physiologiques élémentaires devrait avoir préséance sur la satisfaction des besoins d'estime de soi ou des besoins



sociaux. Pourtant, les personnes anorexiques peuvent nier leur faim jusqu'à l'**inanition** dans la poursuite d'un idéal chimérique du corps promu par leur milieu culturel.

De même, dans le trouble du sommeil le plus courant, l'insomnie, le stress généré par la pensée consciente perturbe les cycles biologiques réparateurs. Au contraire, dans d'autres troubles du sommeil, comme la narcolepsie, une mauvaise régulation des fonctions neurologiques involontaires cause une invasion de la vie consciente par des phénomènes liés au sommeil.

Inanition

Privation complète ou partielle de nourriture pendant une longue période provoquant de graves perturbations biologiques et psychologiques.

Étude de CAS

Championne et anorexique

Valérie M. a été championne de nage synchronisée durant son enfance et au début de son adolescence, mais cela ne s'est pas fait sans heurt : elle a souffert de graves troubles des conduites alimentaires. En outre, l'apparition et la progression des troubles ont coïncidé avec sa carrière de nageuse jusqu'au jour où, à 18 ans, elle a fait une tentative de suicide. Valérie parle de cette période de sa vie comme ayant été un enfer. Pourtant, elle excellait plus que nulle autre dans son domaine.

Il est vrai que les chorégraphies que Valérie répétait exigeaient d'elle une discipline de fer et étaient difficiles à réaliser, tant sur le plan technique que physique. Pourtant, elle déplore aujourd'hui davantage le fait qu'elle ait dû sacrifier sa vie sociale au profit de ce sport plutôt que la rigueur qu'il exigeait. Elle n'avait en effet pour fréquentations que les autres nageuses et elle comprend maintenant que c'est avec elles qu'elle a appris à survaloriser la minceur. Valérie raconte qu'elle passait parfois ses fins de semaine chez une amie nageuse et qu'elles jeûnaient pour garder la ligne, même lorsque la faim les tenaillait. La mère de son amie les encourageait à manger, mais les filles préféraient se donner des coups dans le ventre pour faire taire les gargouillis de leur estomac.

Les juges qui octroient les médailles en nage synchronisée se fondent sur la maîtrise des exercices, mais également sur l'apparence des jeunes filles. À peine prennent-elles un peu de poids qu'elles sont disqualifiées et subissent la pression manifeste de leurs entraîneurs et même de leurs parents, de qui il n'est pas rare d'entendre : « Tu dois perdre du poids. »

Valérie se rappelle un moment mémorable de sa carrière de nageuse : une compétition internationale

au Stade olympique. Elle raconte que des centaines de filles, âgées de 11 à 15 ans et provenant d'une dizaine de pays, étaient venues présenter des chorégraphies aquatiques. Valérie avait été frappée par un contraste : les nageuses étaient musclées et très minces, alors que les adultes accompagnateurs faisaient presque tous de l'embonpoint. Elle s'était alors promis de ne pas vieillir comme ces adultes et de ne jamais prendre de poids.

À 16 ans, Valérie a eu son premier amoureux. Or, ce garçon était amateur de films pornographiques et l'encourageait à ressembler à ces actrices. Valérie raconte qu'elle ne se sentait belle et femme que lorsqu'elle avait à perdre un peu plus de poids que d'habitude. En plus des qu'elle s'imposait, elle se faisait vomir après les repas jusqu'à deux ou trois fois par semaine. Elle était épuisée et souffrait de douleurs musculaires, autant à cause des excès d'entraînement que des vomissements provoqués. Malgré cela, elle se sentait dévalorisée par son amoureux, qui la trompait et la méprisait ouvertement. Avec le recul, Valérie affirme qu'« on se sent faible moralement quand on s'affaiblit physiquement ».

Lorsqu'elle avait tenté de se suicider, à l'âge de 18 ans, Valérie avait avalé une grande quantité d'analgésiques. Le personnel médical avait alors réussi à lui sauver la vie en lui faisant un lavage gastrique. Elle a aujourd'hui regagné une grande partie de l'estime d'elle-même qui lui faisait tant défaut et témoigne de son expérience auprès de jeunes filles lors de conférences de l'organisme communautaire Anorexie et boulimie Québec (ANEB). (*Cette histoire est librement inspirée du témoignage de Stéphanie Malo, organisé par l'ANEB.*)

Accès hyperphagiques

Épisodes répétés et incontrôlables de consommation de grandes quantités de nourriture associés à une profonde détresse psychologique, sans action visant à éliminer les aliments.

Boulimie

Trouble des conduites alimentaires caractérisé par des épisodes d'hyperphagie. Ces épisodes sont compensés par des vomissements provoqués, l'utilisation de médicaments, des jeûnes ou des excès d'exercice physique.

Anorexie mentale

Trouble des conduites alimentaires caractérisé par une obsession de la minceur, des pertes de poids importantes et un contrôle draconien de l'alimentation.

12.1 Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires regroupent un ensemble de comportements problématiques marqués par des excès incontrôlés de consommation de nourriture (les **accès hyperphagiques** et la **boulimie**) ou, au contraire, par des privations radicales auto-infligées (l'**anorexie mentale**). Des tentatives de limiter l'apport calorique par des purges ou des vomissements volontaires font également partie des symptômes de l'anorexie mentale et de la boulimie. Les troubles des conduites alimentaires ne sont pas mutuellement exclusifs : les personnes anorexiques peuvent avoir souffert de la boulimie. On pourrait parler d'une gradation des troubles qui se manifestent, en ordre croissant de gravité sur le plan des conséquences physiques, par les accès hyperphagiques, la boulimie et l'anorexie mentale. En plus de s'exprimer sous la forme de conduites alimentaires perturbées, tous ces troubles ont en commun d'entraîner chez les personnes qui en souffrent une obsession à l'égard de la nourriture.

12.1.1 Les accès hyperphagiques

Les accès hyperphagiques représentent le trouble des conduites alimentaires le moins dommageable pour la santé physique. Comme la boulimie, ils se caractérisent par des épisodes incontrôlés de consommation de nourriture. Cependant, même si elles vivent un intense sentiment de honte, les personnes hyperphagiques n'ont pas recours à des stratégies compensatoires comme les vomissements provoqués. Les individus qui souffrent d'hyperphagie sont généralement obèses. Ils présentent un niveau élevé d'anxiété, qu'ils tentent d'atténuer par la consommation excessive de nourriture (Sénécal et Richardson, 2012). Il se crée alors un cercle vicieux : la consommation excessive de nourriture crée de l'anxiété, que les hyperphagiques tentent d'apaiser en mangeant ; puis la consommation excessive de nourriture entraîne chez ces personnes de nouveaux pics d'anxiété liés à des sentiments de honte et de culpabilité. Par exemple, Julie mange en cachette un pot de Nutella en cinq minutes, puis plusieurs sacs de croustilles jusqu'à avoir mal au ventre, tout en se sentant coupable de s'empiffrer de la sorte. Les critères diagnostiques des accès hyperphagiques sont présentés dans l'encadré 12.1.

L'hyperphagie est le trouble alimentaire le plus facile à traiter (APA, 2015). Des études indiquent que des méthodes d'autotraitement, comme un guide proposant des techniques cognitives et comportementales, sont aussi efficaces qu'une démarche avec un psychothérapeute (Loeb *et al.*, 2000). Il existe également des groupes de soutien qui permettent aux personnes hyperphagiques de surmonter leur trouble sans avoir recours à des professionnels de la santé.

12.1.2 La boulimie

Sur le plan comportemental, la boulimie se caractérise, comme les accès hyperphagiques, par des épisodes de consommation excessive de nourriture. La nourriture consommée durant ces épisodes est généralement constituée d'aliments à calories vides (habituellement riches en sucre ou saturés de saveurs artificielles, comme les pâtisseries industrielles). Les épisodes d'alimentation excessive sont vécus comme des pertes de contrôle et sont

ENCADRÉ 12.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour les accès hyperphagiques

- A** Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (*binge-eating*). Un accès hyperphagique 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 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** Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
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 mangé.
- C** Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) entraînent une détresse marquée.
- D** Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- E** Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

suivis par des tentatives pour les compenser. Ces stratégies de compensation consistent en des vomissements provoqués, des exercices physiques intenses, des ou une consommation abusive de laxatifs ou d'autres médicaments. Il est à noter que les vomissements provoqués constituent une stratégie inefficace de contrôle du poids. Malgré l'impression intuitive que donne l'expulsion violente de la nourriture, le corps absorbe néanmoins des calories, si bien qu'on n'observe pas chez les boulimiques la maigreur excessive que l'on observe chez les anorexiques (Kirkpatrick et Caldwell, 2004). Sur le plan cognitif, les personnes boulimiques se caractérisent par leur souci exagéré de la minceur et de l'image du corps, de même que par une honte par rapport aux symptômes qu'elles cherchent à cacher à l'entourage (*voir l'encadré 12.2 à la page suivante*).

ENCADRÉ 12.2 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la boulimie

- A** Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (*binge-eating*). [...]
- B** Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou d'autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C** Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 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 [...].

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Les vomissements provoqués entraînent des problèmes de santé comme l'élargissement des glandes salivaires (qui, paradoxalement, donne aux boulimiques un visage plus rond) et l'érosion de l'émail des dents. Les purges et les déséquilibres alimentaires peuvent entraîner des problèmes intestinaux et cardiaques importants. Les vomissements, les privations et les épisodes de consommation excessive de nourriture peuvent ensemble causer un déséquilibre du métabolisme et une déshydratation.

La boulimie et les autres troubles des conduites alimentaires surviennent fréquemment en concomitance avec des troubles de l'anxiété et des troubles de l'humeur (Kirkpatrick et Caldwell, 2004). Les troubles alimentaires sont d'ailleurs parfois considérés comme un type de trouble anxieux (Wilkins, 2007). Les personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires – surtout les boulimiques – présentent souvent une personnalité impulsive et un mauvais contrôle des impulsions. Des problèmes de dépendance (à l'alcool, au tabac ou à d'autres substances) sont communs chez les boulimiques (APA, 2015).

12.1.3 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est le plus grave des troubles des conduites alimentaires et celui dont le traitement est le plus difficile. En effet, les personnes anorexiques nécessitent souvent des hospitalisations et des cures fermées durant lesquelles des interventions médicales doivent corriger les conséquences d'un amaigrissement qui met leur vie en danger. Comme les personnes boulimiques, les personnes anorexiques entretiennent une obsession de la minceur et de l'apparence de leur corps. Elles peuvent aussi vivre des épisodes de consommation incontrôlée de nourriture. Les personnes souffrant d'anorexie mentale se distinguent par le contrôle radical qu'elles exercent sur leur corps et sur leur consommation de nourriture. Alors que les personnes boulimiques ont

recours à des stratégies inefficaces de contrôle de leur poids, favorisant ainsi le maintien d'un poids normal, voire supérieur à la moyenne, les personnes anorexiques adoptent des stratégies de privation si efficaces qu'elles peuvent mourir de faim ou présenter un amaigrissement aux conséquences graves et irréversibles pour leur santé. Alors que les personnes boulimiques ont plutôt honte de l'alternance de leur consommation excessive et des vomissements, les personnes anorexiques tendent à retirer une certaine fierté de la maîtrise extrême exercée sur leur corps (Wilkins, 2007). Leur besoin de compétence se trouve ainsi comblé; c'est pour elles une source de plaisir, ce qui contribue au maintien des stratégies de privation (St-Arnaud, 1996). Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale sont présentés dans l'encadré 12.3.

ENCADRÉ 12.3 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour l'anorexie mentale

- A** Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. [...]
- B** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- 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 manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Il existe deux sous-types d'anorexie mentale :

Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Sur le plan comportemental, l'anorexie mentale se caractérise par un contrôle extrême de la consommation de nourriture pouvant mener jusqu'à la mort par inanition. Les pertes de poids excessives constituent un critère diagnostique important de l'anorexie mentale. Les personnes anorexiques peuvent aussi adopter des comportements semblables à ceux des personnes boulimiques: la consommation incontrôlée de nourriture suivie de stratégies de compensation comme des vomissements provoqués et l'usage de laxatifs. Ce sous-type associé à la boulimie, nommé type accès hyperphagique/purgatif, est le plus grave. Dans l'autre sous-type, nommé restrictif, la perte de poids est obtenue par des diètes, des jeûnes ou de l'exercice physique excessif.

Sur le plan cognitif, l'anorexie mentale est caractérisée, comme la boulimie, par une obsession de la minceur et de l'image du corps. Le docteur Pomerleau (2001) rapporte les propos illustrant bien cette obsession chez une jeune fille

Aménorrhée

Interruption du cycle menstruel causée par l'inanition chez les personnes anorexiques.

souffrant d'anorexie qui affirme: «Je rêve du jour où ma balance indiquera le chiffre zéro.» En outre, les personnes anorexiques présentent des distorsions de l'image de leur corps: elles continuent à se percevoir comme obèses malgré des pertes de poids extrêmes. Le docteur Wilkins de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal (2004) précise que l'anorexie mentale tend à évoluer par phases: des pertes de poids initiales sont suivies d'une augmentation des cognitions obsessionnelles et erronées concernant l'image du corps. Il importe de souligner que le besoin physiologique de s'alimenter est toujours présent chez la personne qui souffre d'anorexie mentale, puisqu'il est fondamental chez l'être humain. Toutefois, l'anorexique est engagée dans une lutte mentale contre la satisfaction de ce besoin.

La sous-alimentation que s'infligent les personnes anorexiques entraîne des conséquences graves sur leur santé. Parmi ces conséquences, on note: l'**aménorrhée** pathogène, c'est-à-dire l'interruption du cycle menstruel; un assèchement de la peau; des ongles et des cheveux secs et cassants; une sensibilité accrue au froid et l'apparition de lanugo sur la peau, c'est-à-dire d'un duvet. Si la personne s'inflige des vomissements, des déséquilibres du métabolisme peuvent se produire, ainsi que le gonflement des glandes salivaires et une érosion de l'émail des dents. Dans les cas les plus graves, les personnes anorexiques peuvent présenter de l'ostéoporose, des problèmes intestinaux et des problèmes cardiaques. Dans certains cas, ces complications médicales sont mortelles. D'ailleurs, calculé sur une période de 10 ans, le taux de mortalité s'élève à 5% (APA, 2015). Le suicide représente aussi une cause importante de mortalité associée à ce trouble des conduites alimentaires.

Comme c'est le cas chez les personnes boulimiques, les personnes anorexiques ont aussi souvent des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, ainsi que des problèmes de dépendance. En outre, elles souffrent fréquemment des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les obsessions et les compulsions étant surtout reliées à la nourriture et à l'image du corps.

EXERCICE 12.1 | Reconnaître les troubles des conduites alimentaires

Vrai ou faux ?

1. Les accès hyperphagiques représentent le plus grave des troubles des conduites alimentaires.
2. Les personnes boulimiques se font souvent vomir après un épisode d'excès alimentaire.
3. L'anorexie mentale est un trouble psychologique sans conséquence sur la santé physique.
4. L'aménorrhée est une interruption anormale du cycle menstruel.
5. Les personnes boulimiques et les personnes anorexiques ont une excellente estime personnelle.
6. L'anorexie mentale et la boulimie sont caractérisées par une obsession de la minceur et de l'image du corps.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

12.1.4 La prévalence et les facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires s'apparentent à un trouble anxieux centré sur l'image du corps et sur l'alimentation. Les facteurs culturels jouent un rôle prépondérant dans leur apparition, mais ils sont associés avec des éléments de fragilité psychologique et biologique.

La prévalence des troubles des conduites alimentaires

L'écrasante majorité des personnes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie sont des jeunes femmes. D'après Wilkins (2004), l'incidence des troubles des conduites alimentaires au Québec serait de 3 % dans la population féminine âgée de 13 à 30 ans. L'âge d'apparition des troubles alimentaires se situe en moyenne entre 16 et 19 ans.

Chez les hommes, les troubles alimentaires tendent à être moins aigus. En effet, les hommes recherchent davantage l'augmentation de leur masse musculaire que la minceur (Hatoum et Belle, 2004). Les comportements problématiques vécus par les hommes comprennent l'excès d'entraînement, les régimes alimentaires restrictifs ou préconisant la consommation de substituts alimentaires dont la qualité est souvent douteuse, ainsi que la consommation de substances censées favoriser le développement des muscles, comme les stéroïdes anabolisants. Quand ces pratiques deviennent dommageables pour la santé, on parle de **bigorexie** (aussi appelée anorexie inversée ou dysmorphie musculaire). Le contrôle que les hommes bigorexiques exercent sur leur corps ressemble suffisamment à l'anorexie mentale pour qu'on leur attribue ce diagnostic. On considère donc que 5 à 10 % des cas d'anorexie mentale et de boulimie concernent les jeunes hommes, une proportion qui serait en augmentation. Les normes corporelles, en constante évolution, sont de moins en moins tolérantes envers le gras corporel chez les hommes aussi, alors que la présence d'une musculature apparente devient de plus en plus populaire chez les femmes.

Des sous-groupes de jeunes sont exposés à des pressions accrues concernant leur apparence et montrent des taux particulièrement élevés de troubles alimentaires; c'est notamment le cas chez les athlètes et les danseuses (Kirkpatrick et Caldwell, 2004).

Deux facteurs associés peuvent expliquer la prévalence considérablement plus élevée des troubles alimentaires chez les jeunes filles: les particularités de l'idéal corporel pour chaque sexe et la différence entre les rythmes de développement corporel à l'adolescence. Chez les adolescents, la puberté tend à accroître les tissus musculaires. Or, l'image du corps valorisée chez les hommes met justement l'accent sur la musculature. Chez les adolescentes, la puberté entraîne plutôt une augmentation des tissus adipeux (Jacobi *et al.*, 2004).



Les troubles alimentaires sont associés à des perturbations marquées de l'image du corps. Les personnes anorexiques peuvent se percevoir comme trop grosses alors qu'elles présentent des signes avancés de dénutrition.

Bigorexie

Recherche obsessive du développement musculaire surtout observée chez les hommes jeunes. La bigorexie peut entraîner des difficultés de l'alimentation qui s'apparentent à l'anorexie mentale.

EN RELIEF**Bien manger jusqu'à s'en rendre malade**

Une nouvelle forme de conduite alimentaire problématique semble se répandre dans la population : l'orthorexie (Donini *et al.*, 2004). Celle-ci est caractérisée par l'obsession de ne rien consommer qui puisse nuire à la santé. Bien qu'il soit légitime d'être préoccupé par sa santé, les personnes aux prises avec ce trouble deviennent compulsives dans leur gestion de la nourriture. Par exemple, elles vérifient minutieusement la teneur en calories, en sucre, en gras, en gluten, en sel, etc., de chaque aliment qu'elles achètent. Leurs critères de sélection sont si stricts qu'il n'est pas rare qu'elles finissent par souffrir d'un grave problème de sous-alimentation. Selon Howard Steiger, psychologue et directeur du Programme des troubles de l'alimentation à l'Institut Douglas, l'orthorexie toucherait 1 % de la population au Québec.

Les facteurs de risque biologiques et psychologiques liés aux troubles des conduites alimentaires

Parmi les facteurs biologiques, une altération de la production de sérotonine, un neurotransmetteur, semble liée aux troubles alimentaires (Bailer *et al.*, 2005). Ce déséquilibre est associé à une prédisposition génétique qui contribue à l'apparition des troubles alimentaires et à d'autres comportements qui les favorisent (Mazzeo et Bulik, 2009). En plus de transmettre leurs gènes, les parents lèguent aussi à leurs enfants des comportements et des attitudes. Comme le psychologue Albert Bandura l'a montré, les enfants ont tendance à imiter les modèles qu'ils observent (*voir le chapitre 1*). Des comportements inadéquats tels que des conduites restrictives et des activités physiques compulsives, de même que des attitudes problématiques comme l'insatisfaction corporelle ou la quête de la minceur peuvent être modelés par les parents. En effet, les familles où les troubles des conduites alimentaires sont les plus fréquents sont des familles plutôt favorisées socialement où l'on accorde de l'importance aux apparences et au dépassement de soi. Elles ont aussi tendance à étouffer les conflits et les émotions (Wilkins, 2007). De plus, il semble que la vulnérabilité génétique exerce aussi une influence sur les messages transmis par l'entourage. Par exemple, les préoccupations liées au poids exprimées par un entraîneur risquent d'avoir plus d'emprise sur des athlètes qui possèdent des gènes prédisposants (Johnson, 2007).

Par ailleurs, certains traits de personnalité entraînent une plus grande propension aux troubles alimentaires : une faible estime de soi, notamment en ce qui a trait à l'image du corps, un faible contrôle de soi et le perfectionnisme.

Chez les personnes boulimiques ou hyperphagiques, on observe un plus faible contrôle des impulsions que chez les personnes anorexiques. Les personnes boulimiques tendent à réagir au stress en mangeant de manière incontrôlée. La sensation de perte de contrôle augmente leur anxiété, qu'elles calment en se faisant vomir.

Les personnes anorexiques gagnent une forme d'estime de soi en exerçant un contrôle draconien sur leur corps. Deux traits de personnalité sont plus spécifiquement observés chez elles : le perfectionnisme et le trait obsessionnel-compulsif.

Le perfectionnisme est caractérisé par la présence d'attentes irréalistes, par une attention obsessionnelle aux détails ainsi que par une insatisfaction constante à l'égard des résultats obtenus. Le trait obsessionnel-compulsif, quant à lui, se manifeste ici par une volonté excessive de contrôle et par une hypervigilance centrée sur l'alimentation et sur le contrôle du corps.

Un comportement précurseur des troubles des conduites alimentaires est le fait de s'astreindre à des régimes amaigrissants, surtout lorsque ce sont des enfants et des adolescents qui s'y soumettent. Paradoxalement, ces régimes entraînent une prise de poids chez les personnes qui les adoptent, car ils perturbent les habitudes alimentaires. En effet, à la suite des privations, on observe une augmentation du désir de manger, souvent des aliments gras et sucrés, pour se récompenser des sacrifices effectués et parce que le corps ayant subi un déficit nutritionnel le réclame (ANSES, 2010). Ainsi, les régimes accentuent l'acquisition d'attitudes malsaines à l'égard de la nourriture. Pour illustrer l'effet pervers des régimes amaigrissants, Marielle Ledoux, de l'organisme communautaire Anorexie et boulimie Québec (ANEB), propose un petit exercice révélateur aux jeunes qu'elle rencontre pour les sensibiliser à ce problème. Elle leur demande de retenir leur respiration et les invite ensuite à observer leur respiration quand ils reprennent leur souffle. Généralement, les jeunes halètent pour reprendre le plus possible de l'oxygène dont leur corps a manqué.

Les facteurs de risque sociaux liés aux troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires ont émergé récemment et spécifiquement dans le contexte culturel occidental. Ce contexte est marqué par deux phénomènes contradictoires : l'abondance de la nourriture et la présence de critères de minceur extrême.

Jamais la nourriture n'a été si facile d'accès que dans les pays occidentaux depuis la Seconde Guerre mondiale. Toutefois, cette nourriture est souvent de piètre qualité sur le plan nutritif : elle est saturée de gras, de sel, de sucre, de colorants et d'agents de conservation de toutes sortes. De nouveaux problèmes de malnutrition liés à l'abondance et au mode de vie moderne (la sédentarité, par exemple) sont apparus. En effet, dans plusieurs pays, la proportion d'obèses n'a jamais été aussi élevée. Au Canada, par exemple, de 1981 à 2009, la proportion de personnes présentant un problème de santé potentiel en raison de leur poids est passée de 5 à 21 % chez les hommes et de 6 à 31 % chez les femmes (Statistique Canada, 2010). Les agences de santé publique s'alarment de ces statistiques et font campagne pour contrer l'obésité et réduire la consommation d'aliments de mauvaise qualité. Elles font également beaucoup d'efforts pour promouvoir l'exercice physique. Ces démarches ont cependant un effet pervers : elles stigmatisent les personnes obèses et renforcent le message des médias commerciaux, qui valorisent l'apparence physique à l'excès. Ces campagnes en faveur de la santé peuvent même contribuer à donner aux jeunes l'impression que leur corps est laid et inadéquat, et les amener à prendre des mesures draconiennes pour contrôler leur apparence.

Traditionnellement, des pratiques culturelles liées à la nourriture, comme le repas en famille, avaient pour effet de réguler les conduites alimentaires. Or, ces pratiques se sont érodées. Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (2010) rapporte que 70 % des ménages québécois ne savent pas

avant 17 h ce qu'ils mangeront le soir, et que près de la moitié des enfants québécois mangent devant la télévision. À cause des horaires compressés, les couples ou les membres des familles privilégient la consommation d'aliments rapides à cuisiner ou préparés industriellement et mangent souvent en solitaire. La rapidité de préparation et de consommation est privilégiée au détriment de la qualité nutritive. La perte des traditions culinaires favorise l'anarchie des conduites alimentaires. La mode des régimes et la prise des repas en solitaire sont les comportements les plus susceptibles de fournir des conditions propices à l'apparition et à la persistance de troubles des conduites alimentaires. Une vaste étude confirme les bienfaits des repas en famille sur la santé mentale des adolescents (Elgar, Craig et Trites, 2013). «Des soupers en famille plus nombreux sont associés à une fréquence plus faible de problèmes émotionnels et comportementaux, à un bien-être émotionnel accru, à des comportements plus confiants et plus aidants envers les autres, ainsi qu'à une plus grande satisfaction à l'égard de la vie», affirme Frank Elgar, psychologue enseignant en psychiatrie à l'Université McGill.

En même temps que l'érosion des traditions alimentaires, de nouvelles normes de beauté ont émergé en Occident. Celles-ci mettent l'accent sur la condition physique et dévalorisent radicalement toute trace de gras corporel. Ces normes sont différentes selon les sexes. On favorise les formes longilignes chez les femmes, voire la maigreur extrême, tandis qu'on valorise la musculature apparente chez les hommes, surtout les muscles du haut du corps, comme les abdominaux et les pectoraux. Pour la grande majorité de la population, il est presque impossible d'atteindre l'idéal morphologique véhiculé par la publicité.

Ainsi, les normes de beauté sont dictées avec beaucoup d'insistance dans les représentations culturelles auxquelles les jeunes s'identifient, à un âge où leur corps se forme et où leur concept de soi se construit. Selon Himes et Thompson (2007), pas moins de 94 % des actrices apparaissant à la télévision dans les publicités ou dans les émissions de fiction un poids inférieur à leur poids santé. Dans les revues destinées aux jeunes filles, l'écrasante majorité des mannequins sont embellis par des logiciels de traitement de l'image. Pas moins d'un tiers du contenu éditorial de ces publications porte sur des sujets liés à l'apparence, et même les potins au sujet des vedettes s'intéressent dans une large mesure à leur forme physique et à leur poids. Ces revues sont aussi truffées de publicités vantant les régimes et les produits amaigrissants (Utter *et al.*, 2003). Les normes de beauté ont même conduit à la banalisation de la chirurgie esthétique.

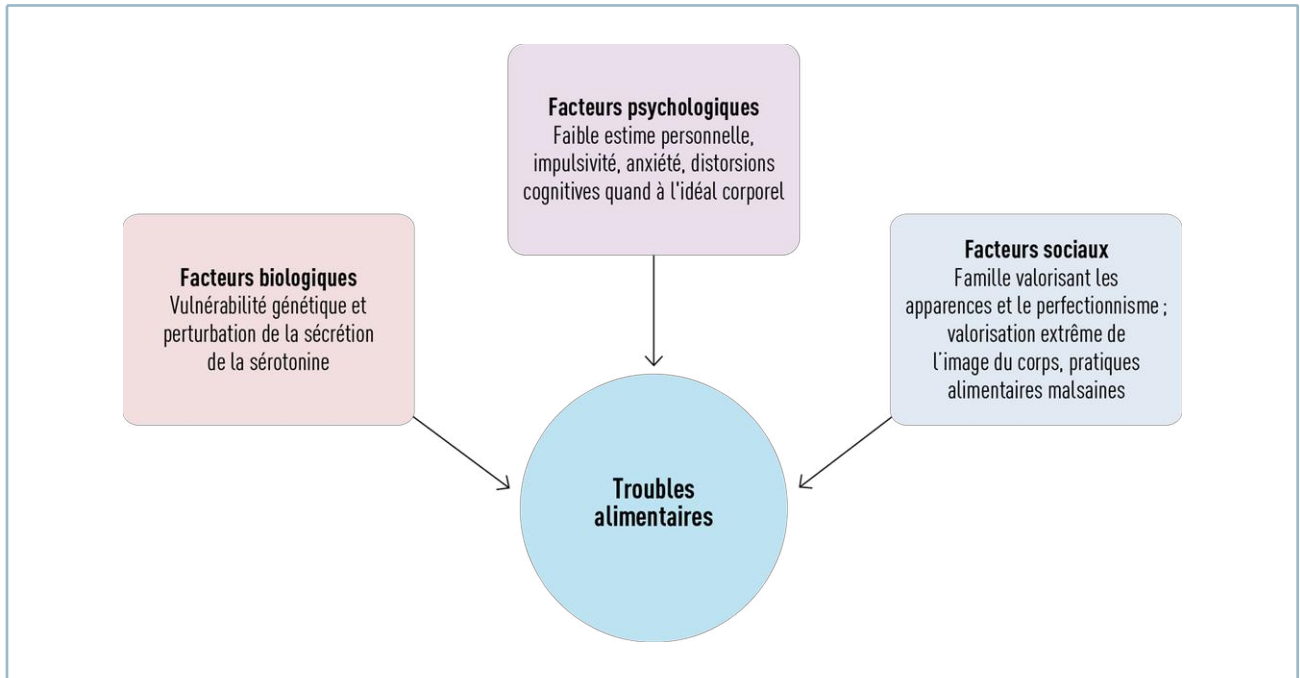
Quant aux modèles masculins, ils sont invariablement musclés. Les muscles deviennent le signe même de la virilité. Ils sont associés à l'assurance, au succès social, au succès sexuel et au bonheur (Ricciardelli, McCabe et Banfield, 2000).

Plusieurs jeunes intériorisent les normes d'image corporelle et les appliquent ensuite autant à eux-mêmes qu'à leurs pairs. Or, le statut social des jeunes dépend en bonne partie de la conformité de leur apparence à ces normes. Ainsi, les normes définissent ce qui est considéré comme un corps désirable à l'âge où les jeunes s'éveillent à l'intérêt sexuel. Même s'il est répandu, l'embonpoint est largement considéré comme une faille personnelle et comme une marque qui invalide quelqu'un en tant que partenaire sexuel. Une étude menée en 2002 par la Société canadienne de pédiatrie rapporte que 40 % des filles de

9 à 10 ans envisagent de suivre un régime amaigrissant, et que 50% des garçons de 9 à 10 ans sont insatisfaits de leur corps. Les normes culturelles concernant l'image du corps s'avèrent particulièrement contraignantes pour les jeunes femmes, à tel point que plusieurs d'entre elles préfèrent se conformer à cette image au lieu de prendre soin de leur santé.

La figure 12.1 illustre les différents facteurs contribuant à l'apparition des troubles alimentaires, sans qu'aucun d'entre eux n'en soit toutefois une cause directe.

Figure 12.1 Les facteurs de risque biopsychosociaux liés aux troubles des conduites alimentaires



EXERCICE 12.2 | Comprendre les facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires

Vrai ou faux ?

1. La valorisation excessive des apparences et de l'image du corps est un facteur prépondérant des troubles des conduites alimentaires.
2. Seules les femmes sont concernées par les troubles des conduites alimentaires.
3. Les campagnes visant à promouvoir un poids santé peuvent avoir l'effet pervers de stigmatiser les personnes qui ont un surplus de poids.
4. L'alimentation solitaire constitue une condition propice à l'apparition de troubles des conduites alimentaires.
5. Les régimes amaigrissants constituent un facteur de risque pour les troubles des conduites alimentaires.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Contre l'image unique

La promotion outrancière d'une image unique du corps a des effets dévastateurs sur l'estime de soi des jeunes. Quelques initiatives visent à contrer ces répercussions négatives. Au Québec, la plus remarquable est la Charte québécoise pour une image du corps saine et diversifiée. Cette charte est née de pétitions lancées indépendamment par deux jeunes filles de 16 ans, Léa Clermont-Dion et Jacinthe Veillette, qui voulaient ouvrir les yeux de leurs signataires au peu de réalisme et à la nocivité des idéaux de beauté actuels. Les deux initiatives sont parvenues aux oreilles de la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine de l'époque, madame Christine St-Pierre. Celle-ci a alors mobilisé certains partenaires du milieu et créé la Charte québécoise pour une image du corps saine et diversifiée. Cette charte vise à encourager des habitudes alimentaires saines et à promouvoir des idéaux corporels moins rigides. Elle est endossée aujourd'hui par plusieurs organismes en éducation et en santé mentale. Cependant, on cherche encore à gagner le soutien de milieux comme ceux de la mode, de la publicité et des médias. En France, la Charte d'engagement volontaire sur l'image du corps a réussi à ébrécher un peu les pratiques de la puissante industrie de la mode.

Au Québec, la promotion de la Charte a pu jouer un rôle dans le choix d'inclure des mannequins à la beauté atypique (des mannequins âgés, des femmes plus rondes) dans les défilés de la Semaine de la mode de Montréal en 2010 et en 2011.

Une compagnie de savon vend maintenant ses produits en montrant des femmes au naturel, c'est-à-dire des femmes qui n'ont pas été transformées par les puissants artifices de maquillage et de correction de l'image dont l'industrie publicitaire se sert abondamment. De même, une chaîne de magasins s'est engagée à ne plus retoucher électroniquement l'image du corps

de ses mannequins dans ses publicités. Cependant, au Québec comme en France, la portée de ces initiatives commerciales reste limitée. Une autre marque de savon appartenant au même conglomérat vantant la beauté naturelle vend ses produits en exploitant l'image de mannequins hypersexués et surtout hypertransformés.



La Semaine de la mode de Montréal en 2011. Les organisateurs ont choisi de représenter la diversité des formes corporelles. Ainsi, des non-mannequins ont défilé, comme l'actrice Catherine Brunet.

12.1.5 Les traitements des troubles des conduites alimentaires

Les traitements des troubles des conduites alimentaires sont nombreux et diversifiés. En voici un survol.

Les traitements pharmacologiques des troubles des conduites alimentaires

Le traitement pharmacologique des troubles des conduites alimentaires fait surtout appel aux antidépresseurs qui agissent sur la sérotonine, mais leurs

effets sont limités. Selon la psychiatre de l'Institut Douglas, Mimi Israël (s.d.), ils se sont révélés plus utiles dans le traitement de la boulimie et des accès hyperphagiques que dans celui de l'anorexie. On ne comprend pas exactement pourquoi, mais il semble que les facteurs psychologiques et socioculturels y soient importants, et qu'agir sur la biochimie du cerveau ne soit pas suffisant. Les antidépresseurs sont surtout utiles pour diminuer les symptômes dépressifs ou anxieux associés aux troubles des conduites alimentaires.

Les traitements psychologiques des troubles des conduites alimentaires

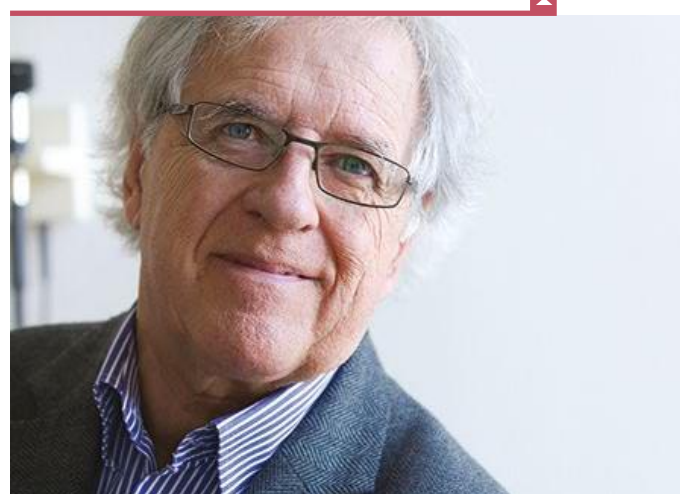
Le traitement de la boulimie Les traitements psychologiques de la boulimie ont recours à deux catégories de traitements qui visent l'amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement interpersonnel : des thérapies de type cognitif comportemental et des thérapies interpersonnelles (Lageix, 2006). Les thérapies cognitives comportementales visent à améliorer l'image corporelle des personnes souffrant de boulimie et à ajuster leurs perceptions concernant la nourriture. Lors de ces thérapies, qui se déroulent souvent en groupe, comme à l'Institut Douglas de Montréal, on établit une routine pour la consommation de nourriture, de manière à favoriser l'adoption d'habitudes plus saines, et on enseigne des stratégies pour résister aux impulsions d'hyperphagie et de vomissement provoqué. Lors d'une hospitalisation, les personnes en traitement ne sont pas laissées à elles-mêmes après les repas, elles sont sous supervision. Ces thérapies cognitives comportementales sont efficaces à court et à long terme.

Le traitement de l'anorexie mentale Il est beaucoup plus difficile de traiter l'anorexie mentale que la boulimie (Lageix, 2006; Wilkins, 2007). Dans un premier temps, les interventions doivent souvent se concentrer sur les effets de l'ina-
nition. Il arrive en effet que les personnes anorexiques meurent de faim. Il peut être nécessaire de les garder en cure fermée jusqu'à ce qu'elles reprennent suffisamment de poids pour ne plus être en danger immédiat et compromettre leur santé. Dans un deuxième temps, on traite l'anorexie mentale proprement dite, généralement à l'aide de thérapies de type cognitif comportemental. Sur le plan cognitif, ces thérapies s'attachent à réfuter les idées irrationnelles des anorexiques concernant la minceur. Des volets de ces thérapies visent à les motiver à changer leurs comportements et leurs attentes : les personnes anorexiques résistent souvent au traitement et sont même fières du contrôle extrême qu'elles sont capables d'exercer sur leur corps. Le volet comportemental du traitement vise à enseigner des habitudes alimentaires saines et à enrayer le cycle des régimes et des purges. C'est à ce volet du traitement que les personnes anorexiques sont le plus susceptibles de s'opposer.

Le traitement de l'anorexie mentale demande généralement la participation de la famille. Le but des interventions auprès des familles est d'améliorer les attitudes envers la nourriture ainsi qu'à l'égard de l'image du corps et de l'idéal de la minceur. Le pronostic de guérison s'avère meilleur dans les familles où règne une bonne entente.

Des programmes de prévention de l'anorexie mentale ont aussi été mis sur pied. Par exemple, l'organisme québécois ANEB forme des intervenantes qui agissent surtout auprès

Le pédiatre Jean Wilkins est le fondateur de la section de médecine de l'adolescence au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à Montréal. Contrairement à bien d'autres spécialistes qui mettent l'accent sur les interventions médicales dans le traitement de l'anorexie mentale, il privilégie la confiance, le temps et les mots.



des jeunes filles. Le contenu des interventions est surtout informatif. En fournissant très tôt aux jeunes filles de l'information sur le cours normal du développement de leur corps, les attentes irréalistes concernant l'apparence peuvent être réfutées avant que la puberté n'amorce des changements physiques perceptibles. L'ANEBC cherche aussi à sensibiliser les jeunes filles au matraquage médiatique dont elles font l'objet.

12.2 Les troubles du sommeil

Le sommeil est un état de repos des fonctions corporelles qui permet la restauration des forces physiques et des capacités cognitives. Il existe plusieurs types de troubles du sommeil, et nous en abordons trois ici : l'insomnie, la narcolepsie et les troubles liés à la respiration.

Selon Roger Godbout (2012), c'est la qualité du sommeil et non sa quantité qui est associée à une meilleure santé physique et psychologique. Un sommeil

entrecoupé de plusieurs réveils et des heures de sommeil qui ne sont pas en phase avec les heures de noirceur ont plus d'effets négatifs qu'un manque d'heures de sommeil. Un sommeil de mauvaise qualité entraîne des effets négatifs sur la santé physique (obésité, risques cardiaques, défaillances du système immunitaire), sur les performances cognitives (attention, mémoire, jugement, planification, etc.) et sur l'humeur (irritabilité, impulsivité, perte d'énergie). Les troubles du sommeil sont souvent liés à d'autres difficultés psychologiques et à la prise de médicaments. Par exemple, les troubles anxieux, dépressifs et bipolaires s'accompagnent de troubles du sommeil, sans que l'on puisse établir le sens du lien de causalité entre ceux-ci (APA, 2015).

Des sources de distraction dans la chambre à coucher peuvent déclencher un état trop élevé d'activation cognitive et empêcher le sommeil.



12.2.1 L'insomnie

Insomnie

Trouble du sommeil qui se manifeste par des difficultés à s'endormir, à demeurer endormi ou par un réveil précoce.

L'**insomnie** est associée à des plaintes se rapportant à des difficultés à s'endormir, à des réveils trop fréquents ou trop précoces ou à une impression de sommeil non réparateur. L'insomnie n'est pas diagnostiquée en fonction de critères objectifs tels que le nombre d'heures de sommeil. Ce sont les malaises éprouvés par l'insomniaque qui déterminent le diagnostic. Ainsi, une personne peut dormir durant six heures, ce qui peut être considéré comme relativement long, mais on la considérera comme insomniaque si elle souffre de rester éveillée de longs moments sans parvenir à se rendormir. Inversement, une personne qui dort pendant cinq heures de sommeil, ce qui peut sembler

ENCADRÉ 12.4 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour l'insomnie

- A** La plainte essentielle concerne une insatisfaction liée à la quantité ou à la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :
 1. Difficulté d'endormissement. [...]
 2. Difficulté de maintien du sommeil caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à retrouver le sommeil après un éveil. [...]
 3. Réveil matinal précoce assorti d'une incapacité de se rendormir.
- B** La perturbation du sommeil est à l'origine d'une détresse marquée ou d'une altération du fonctionnement dans les domaines social, professionnel, éducatif, scolaire ou dans d'autres domaines importants.
- C** Les difficultés de sommeil surviennent au moins 3 nuits par semaine.
- D** Les difficultés de sommeil sont présentes depuis au moins 3 mois.
- E** Les difficultés de sommeil surviennent malgré l'adéquation des conditions de sommeil.
- F** L'insomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'alternance veille-sommeil ni ne survient exclusivement au cours de ce trouble [...].
- G** L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance ou un médicament donnant lieu à un abus).
- H** La coexistence d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale n'explique pas la prédominance des plaintes d'insomnie. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

relativement court, ne sera pas considérée comme insomniacque si elle est satisfaite de son sommeil. On relève d'ailleurs un curieux paradoxe concernant les insomniacques : l'impression subjective qu'ils ont de leur sommeil ne cadre pas avec les mesures objectives. Les insomniacques sous-estiment de manière persistante la quantité et la qualité de leur sommeil (Sateia, 2009). L'encadré 12.4 présente les principaux critères diagnostiques de l'insomnie selon le *DSM-5*.

La prévalence et les facteurs de risque biopsychosociaux de l'insomnie

Les statistiques concernant l'insomnie indiquent qu'elle est très répandue puisqu'elle touche jusqu'à 30 % de la population (Mahowald, Cramer-Bornemann et Schenck, 2009 ; Morin et Benca, 2011). Elle est plus fréquemment rapportée par des femmes. Certains groupes d'âge sont plus propices à l'insomnie que d'autres. Il est notoire que les personnes âgées dorment moins facilement que les personnes plus jeunes et que les adolescents et les jeunes adultes tendent à avoir des rythmes biologiques favorisant le coucher et le lever tardifs, alors que leur vie scolaire et professionnelle les oblige à se lever et à se coucher tôt.



Le professeur Charles M. Morin de l'Université Laval est un spécialiste des troubles du sommeil et notamment de l'insomnie. Il travaille dans des cliniques spécialisées, mais s'efforce aussi de transmettre au grand public des stratégies comportementales et cognitives permettant de combattre l'insomnie.

Des facteurs biologiques peuvent contribuer à l'insomnie, comme une mauvaise régulation de la température du corps—trop élevée—ou une prédisposition génétique à l'insomnie, mais ces troubles du sommeil prennent essentiellement leur origine dans les habitudes de vie et les facteurs psychologiques (Morin et Benca, 2011), comme cela s'observe, par exemple, chez les personnes fortement stressées ou qui prennent des habitudes qui ne favorisent pas une saine hygiène du sommeil. La désynchronisation de l'horloge biologique, qui est le régulateur interne des fonctions corporelles, est un autre facteur qui favorise l'insomnie. Il arrive en effet que le régulateur des rythmes biologiques ne coïncide pas avec les exigences de la vie sociale, ce qui produit des insomnies chez les adolescents ou perturbe le sommeil des voyageurs aux prises avec un décalage horaire important.

La consommation d'alcool constitue un facteur d'insomnie associé à un cercle vicieux (Brower *et al.*, 2001). Certains insomniaques peuvent recourir à l'alcool pour bénéficier de ses effets calmants. À court terme, l'alcool facilite l'endormissement, mais à long terme, il a l'effet inverse: il perturbe le sommeil en affectant plusieurs zones du cerveau intervenant dans le contrôle du cycle de l'éveil et du sommeil (Fort, Jouvett, Lévy et Viot-Blanc, s.d.). Il en est de même des médicaments en vente libre contre l'insomnie, qui favorisent eux aussi l'endormissement à court terme, mais perturbent le cycle du sommeil chez les personnes qui en consomment fréquemment.

Comme le souligne Charles M. Morin de l'Université Laval (1997), des facteurs cognitifs et comportementaux sont responsables de la plupart des cas d'insomnie. Le sommeil est souvent troublé par de mauvaises habitudes. Des pensées peuvent engendrer du stress et causer de l'insomnie. Le sommeil est favorisé par le calme, alors que les ruminations accentuent la tension corporelle. Les soucis qui empêchent de dormir peuvent d'ailleurs porter sur le sommeil lui-même, comme l'idée qu'il est nécessaire de s'endormir vite ou la peur que le manque de sommeil entraîne rapidement des conséquences catastrophiques. Autrement dit, les insomniaques s'empêchent de dormir à trop vouloir dormir. Il arrive aussi que le moment du coucher soit en lui-même générateur d'anxiété et de stress, si bien que des personnes qui somnolaient au salon ne peuvent plus fermer l'œil quand elles passent au lit. De plus en plus de recherches mettent en outre l'accent sur des activités faisant appel à des écrans électroniques qui émettent une lumière bleue pouvant nuire à l'alternance naturelle de sommeil et d'éveil (Chang *et al.*, 2015). L'utilisation d'ordinateurs, de tablettes électroniques et de téléphones cellulaires avant de se coucher est liée à l'insomnie.

Chez les enfants, les habitudes d'hygiène du sommeil et les attitudes des parents sont des facteurs qui peuvent conduire à l'insomnie. Les enfants résistent souvent au coucher, car ils ne souhaitent pas se trouver seuls dans l'obscurité. C'est l'attitude des parents qui encouragera ou qui découragera l'anxiété des enfants au moment du coucher.

12.2.2 La narcolepsie

La **narcolepsie** est un trouble du sommeil qui se caractérise par des épisodes de passage brusque de l'état de veille à l'état de sommeil. La narcolepsie peut être associée avec la **cataplexie**, qui est une perte subite du tonus musculaire. La narcolepsie avec cataplexie, qui affecte près d'une personne sur 2000 en Amérique du Nord et en Europe, est un trouble du sommeil associé à une anomalie génétique provoquant une sous-production d'un neurotransmetteur nommé l'hypocrétine (Mignot et Lin, 2009). La narcolepsie sans cataplexie est sans doute plus fréquente, mais comme elle cause beaucoup moins de perturbations, elle tend à ne pas être rapportée. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les personnes narcoleptiques ne dorment pas davantage que la moyenne. En fait, l'envahissement de leur état de veille par des épisodes indésirables de sommeil tend à perturber leur sommeil. Les personnes narcoleptiques souffrent même fréquemment d'insomnie. La narcolepsie est considérée comme un handicap social majeur. Elle peut être traitée par l'observation d'une hygiène du sommeil très stricte. Des médicaments peuvent également être prescrits. Les principaux critères diagnostiques de la narcolepsie sont présentés dans l'encadré 12.5.

Narcolepsie

Trouble du sommeil caractérisé par des épisodes de sommeil incontrôlé.

Cataplexie

Perte subite du tonus musculaire similaire à ce qu'on observe durant le sommeil, mais survenant chez une personne éveillée.

ENCADRÉ 12.5 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la narcolepsie

- A** Besoin irréspressible de sommeil, assoupissement ou sieste se répétant au cours d'une même journée et survenant au moins 3 fois par semaine au cours des 3 derniers mois.
- B** Présence d'au moins un des critères suivants :
 1. Épisodes de cataplexie, définis selon (a) ou (b), survenant au moins plusieurs fois par mois :
 - a. Chez des individus présentant la maladie de longue date, brefs épisodes (de quelques secondes à quelques minutes) de perte soudaine et bilatérale du tonus musculaire avec maintien de la conscience déclenchés par le rire ou la plaisanterie.
 - b. Chez l'enfant et les individus présentant la maladie depuis moins de 6 mois, grimaces spontanées ou épisodes d'ouverture de la mâchoire avec protrusion linguale, ou hypotonie généralisée survenant sans lien évident avec un contenu émotionnel.
 2. Déficience en hypocretine [...].
 3. La polysomnographie nocturne montre une latence de sommeil paradoxal [...].

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Chez les personnes narcoleptiques, la cataplexie survient généralement dans des situations de stress. Les muscles des jambes, ceux de la tête ou simplement ceux de la mâchoire peuvent perdre leur tonus. L'état de ces parties du corps

Paralysie du sommeil

Maintien, après le réveil, de la paralysie musculaire qui caractérise le sommeil.

Hallucination hypnagogique

Maintien, après le réveil, de l'activité onirique du cerveau.

Onirique

Qui a trait aux rêves.

Apnée du sommeil

Trouble du sommeil caractérisé par des difficultés ou des interruptions de la respiration durant le sommeil.

devient semblable à ce qu'on observe pendant le sommeil, mais la personne affectée est éveillée et consciente (Garcia-Rill, 2009).

Les personnes narcoleptiques éprouvent également, au réveil, des anomalies de la régulation de leur tonus musculaire. Elles peuvent être touchées par la **paralysie du sommeil**, qui est une incapacité à bouger ou à parler perdurant après le réveil. Des neurotransmetteurs continuent à paralyser l'activité musculaire de ces personnes au réveil, comme si elles dormaient encore.

Un autre phénomène qui peut survenir à la suite d'un épisode de narcolepsie est l'**hallucination hypnagogique**. Ce trouble se caractérise par le maintien de l'activité **onirique** du cerveau durant l'état de veille. Quand un dormeur rêve, des surplus de neurotransmetteurs activent des zones de son cortex qui créent l'impression de voir ou d'entendre. L'assemblage de ces impressions forme la trame du récit des rêves. Au cours de l'hallucination hypnagogique, la stimulation onirique du cortex se poursuit en même temps que les sens en éveil enregistrent des sensations réelles. Il se crée ainsi un mélange entre la réalité et le rêve. Des expériences de rencontre avec des êtres surnaturels peuvent alors se produire.

12.2.3 Les troubles du sommeil liés à la respiration

Durant le sommeil, la défaillance des muscles de l'appareil respiratoire supérieur peut causer des troubles respiratoires. Dans les cas les moins graves, on parle d'hypoventilation : la respiration est alourdie, ce qui nuit considérablement à la qualité du sommeil sans toutefois présenter de conséquences importantes pour la santé. Dans les cas plus graves, la respiration peut s'interrompre durant plusieurs secondes au cours du sommeil. On parle alors d'**apnée du sommeil**. Il existe plusieurs types d'apnée du sommeil, dont l'apnée obstructive, durant laquelle l'alimentation en oxygène est interrompue même si la respiration continue, et l'apnée centrale, durant laquelle la respiration s'interrompt. L'apnée obstructive est plus fréquente. Elle est associée à de forts ronflements et on l'observe surtout chez des hommes de quarante ans et plus. Le principal facteur de risque associé à l'apnée obstructive est l'obésité. L'apnée centrale du sommeil est beaucoup plus rare. Elle semble être attribuable à une difficulté de la régulation neurologique de la fonction respiratoire (Veasey, 2009).

12.2.4 Les traitements des troubles du sommeil

Les traitements des troubles du sommeil sont nombreux et diversifiés.

Les traitements biologiques des troubles du sommeil

Le traitement de l'insomnie par des médicaments est très commun. Il existe une vaste gamme de médicaments en vente libre. Les médicaments prescrits contre l'insomnie appartiennent à la famille des benzodiazépines (Ativan^{MD}, Rivotril^{MD} ou Xanax^{MD}) ou, plus récemment, des hypnotiques non benzodiazépiniques (Imovane^{MD}, Sublinox^{MD}). La narcolepsie est, quant à elle, traitée avec des antidépresseurs.

Le traitement de l'insomnie par des médicaments présente l'avantage d'être efficace à court terme pour favoriser le sommeil. Ces médicaments peuvent

EXERCICE 12.3 | Les différents troubles du sommeil

Associez chacune des définitions à l'un des termes suivants :

- A** Cataplexie
- B** Insomnie
- C** Apnée du sommeil
- D** Paralysie du sommeil
- E** Hallucination hypnagogique

1. Trouble du sommeil fondé sur une impression subjective de manquer de sommeil.
2. Trouble respiratoire durant le sommeil.
3. Chute brusque du tonus musculaire survenant durant l'état de veille.
4. Maintien, au réveil, de l'atonie musculaire qui survient durant le sommeil.
5. Poursuite de l'activité onirique du cerveau après le réveil.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

cependant causer de la somnolence durant le jour. Utilisés à long terme, les médicaments contre l'insomnie présentent plusieurs effets indésirables. Un état général de somnolence peut s'installer, ainsi que des troubles cognitifs, notamment des troubles de la mémoire. Des personnes âgées peuvent être victimes, également, de chutes à la suite d'éveils nocturnes. Cependant, le plus grand inconvénient de ces médicaments est qu'ils entraînent une accoutumance et une dépendance (Sateia, 2009).

En ce qui a trait à l'apnée du sommeil, une perte de poids et l'activité physique sont fréquemment recommandées. On peut aussi utiliser un appareil qui force l'entrée d'air dans les voies respiratoires pendant le sommeil.

Les traitements psychologiques des troubles du sommeil

Les traitements psychologiques des troubles du sommeil visent le comportement ou les cognitions. Les traitements comportementaux tentent surtout d'établir des habitudes d'hygiène du sommeil et ils comportent généralement un entraînement à la relaxation. Ces habitudes incluent l'adoption d'horaires réguliers et l'évitement des causes de perturbation du sommeil, comme la consommation d'alcool.

Un volet particulièrement efficace des traitements comportementaux des troubles du sommeil est le contrôle des stimuli associés à la chambre à coucher. Cette pièce est souvent un environnement où les insomniaques se sont conditionnés à avoir des soucis. Le contrôle des stimuli consiste à éliminer toute source de stimulation à l'intérieur de la chambre, et à réserver cet espace uniquement au sommeil (et aux activités sexuelles). La lecture ou la collation devront ainsi se faire dans d'autres pièces de telle manière que l'organisme

associe les stimuli de la chambre à coucher seulement avec le sommeil. Il en va de même pour tous les appareils électroniques qui devraient être retirés de la chambre à coucher et éteints 15 à 30 minutes avant la mise au lit. Plus la chambre est obscure et tranquille, plus la qualité du sommeil a des chances d'être bonne (Chang *et al.*, 2015).

Les traitements cognitifs de l'insomnie se concentrent, pour leur part, sur des stratégies de la gestion de l'anxiété. On a recours à la restructuration cognitive pour réfuter les attentes anxiogènes que les insomniaques associent avec le coucher.

Plusieurs traitements proposent une combinaison de médicaments utilisés avec parcimonie et de mesures cognitives et comportementales (Edinger et Carney, 2009).

EN RELIEF

La stratégie de l'intention paradoxale

Le traitement de l'insomnie ne requiert pas nécessairement l'intervention de professionnels. Contrairement à d'autres problèmes comportementaux, il est relativement facile d'appliquer soi-même des stratégies pour contrer l'insomnie. Certaines de ces stratégies visent à changer les habitudes de sommeil. D'autres s'attaquent aux cognitions qui empêchent le sommeil. C'est le cas de la stratégie de l'intention paradoxale.

La stratégie de l'intention paradoxale vise à briser le cercle vicieux de l'insomnie, dans lequel l'incapacité à dormir engendre de l'anxiété, qui cause en retour l'incapacité à dormir. La stratégie de l'intention paradoxale consiste à provoquer volontairement l'état d'activation qui empêche de dormir. Ainsi, l'insulaire ira au lit avec l'intention de ne pas dormir. L'effet de cette stratégie est de démonter le mécanisme insomniaire. L'insulaire pourra s'apercevoir que son état anxieux est causé par ses propres cognitions et non par un facteur extérieur. Il pourra ensuite plus facilement éviter d'enclencher ses préoccupations qui l'empêchent de s'abandonner au sommeil.

EXERCICE 12.4 | De quel trouble s'agit-il ?

Identifiez le trouble des conduites alimentaires ou du sommeil décrit dans chacun des cas suivants :

1. Mélanie est une fille rancunière. Elle se souvient de tous les affronts qu'elle a subis ou qu'elle croit avoir subis. Quand elle se couche, elle repasse en boucle ces mauvais moments en cherchant chaque fois les bonnes répliques qu'elle aurait dû dire. Les heures passent : elle ne dort pas. Elle enrage de ne pas trouver le sommeil, mais le simple fait de rentrer dans sa chambre suffit à lui remémorer ses mauvais souvenirs.
2. Claude a perdu plusieurs emplois. Il paraît fantasque et peu fiable. Personne n'a compris pourquoi, un jour, il a cessé de manœuvrer sa machine dans une usine de pièces d'acier, ce qui a causé la blessure d'un collègue. Claude s'est fait accuser d'avoir dormi en travaillant. Parfois, il tient des propos étranges, comme s'il dormait éveillé.

- ▶
3. Johannie participe à des compétitions d'équitation. Elle veut s'assurer d'être toujours exemplaire lorsqu'elle monte sur son cheval. Elle surveille chaque aliment qu'elle mange et jeûne avant les compétitions. Quand elle gagne, il lui arrive de céder : elle mange trois contenants de crème glacée d'un seul coup. Le dégoût la prend ensuite et elle se fait vomir.
 4. Léon dort mal. Il ronfle très fort au point de se réveiller lui-même. Il lui arrive aussi, au contraire, de cesser de respirer lorsqu'il dort. Son médecin lui recommande de perdre du poids.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

RÉSUMÉ

Les troubles des conduites alimentaires

- Les deux principaux troubles des conduites alimentaires sont la boulimie et l'anorexie mentale. La boulimie est caractérisée par des épisodes incontrôlés de consommation de nourriture, généralement suivis de vomissements provoqués. L'anorexie mentale est caractérisée par un contrôle strict de l'apport calorique entraînant un amaigrissement dangereux pour la santé.
- Les troubles des conduites alimentaires sont caractérisés par des habitudes alimentaires pathologiques, un souci obsessionnel de la minceur et de l'image du corps, et par des distorsions cognitives dans les cas les plus graves.
- Les personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires sont majoritairement des adolescentes et des jeunes femmes.
- Des vulnérabilités biologiques liées à la production de sérotonine de même que des facteurs psychologiques comme le perfectionnisme et une estime personnelle fragilisée augmentent le risque de voir apparaître des troubles des conduites alimentaires.
- Les troubles des conduites alimentaires sont aussi associés à un contexte socioculturel qui survalorise les apparences et surtout l'image du corps, dont l'idéal est la minceur.
- Les régimes amaigrissants et l'alimentation solitaire sont aussi des conditions propices à l'apparition des troubles des conduites alimentaires.
- Le traitement des troubles des conduites alimentaires fait souvent appel à des thérapies de groupe visant à enseigner des habitudes alimentaires plus saines et à réfuter les idées irrationnelles concernant l'image du corps.



Fiche de révision

Les troubles du sommeil

- Le type le plus courant de trouble du sommeil est l'insomnie, qui est une difficulté à dormir perçue subjectivement. Les traitements de l'insomnie sont nombreux et variés. Ils incluent des médicaments, des techniques de relaxation, un travail sur les habitudes de sommeil et un travail sur les cognitions qui empêchent le sommeil.
- La narcolepsie est un dérèglement des cycles de sommeil caractérisé par des chutes brusques dans le sommeil, un maintien de la paralysie du sommeil après le réveil, une perte subite du tonus musculaire pendant l'état de veille ou des hallucinations de type onirique survenant à l'état de veille.
- L'apnée du sommeil est un ensemble de difficultés respiratoires survenant durant le sommeil.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

ANEB Québec

Anorexie et boulimie Québec
www.anebquebec.com
514 630-0907
1 800 630-0907

Clinique des troubles alimentaires BACA

www.cliniquebaca.com
514 544-2323

Fondation Sommeil

www.fondationsommeil.com

Forum d'échange sur les troubles du comportement alimentaire

boulimie.exprimetoi.net/t8-les-ressources-et-lieu-de-therapie-du-quebec-mineur-adulte

Kilbourne, J. (2010). *Killing us softly 4. Media Education Foundation.*

www.mediaed.org/cgi-bin/commerce.cgi?preadd=action&key=241

Maison L'Éclaircie

Aide et référence en anorexie mentale et en boulimie
www.maisoneclaircie.qc.ca
418 650-1076
1 866 650-1297

Radio-Canada. (2004). *Le journal d'une anorexique. Enjeux.*

curio.ca/fr/video/le-journal-dune-anorexique-2632/

Radio-Canada. (2006). *Anorexie: une vraie maladie. Découverte.*

curio.ca/fr/video/anorexie-une-vraie-maladie-3776/

Radio-Canada. (2008). *Adolescents en manque de sommeil. Découverte.*

curio.ca/fr/video/adolescents-en-manque-de-sommeil-3799/

Radio-Canada. (2008). *L'apnée du sommeil. Découverte.*

curio.ca/fr/video/lapnee-du-sommeil-3239/

Télé-Québec. (2007, 29 novembre). *Orthorexie et hyperphagie: la face cachée de l'assiette. Une pilule, une petite granule.*

pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=319

Télé-Québec. (2010, 27 janvier). *Isabelle Caro témoigne de son anorexie. Les francs-tireurs.*

lesfrancstireurs.telequebec.tv/episode.aspx?id=20

Télé-Québec. (2014, 30 janvier). *Marye-Claude Belzile: de l'anorexie à la boulimie. Une pilule, une petite granule.*

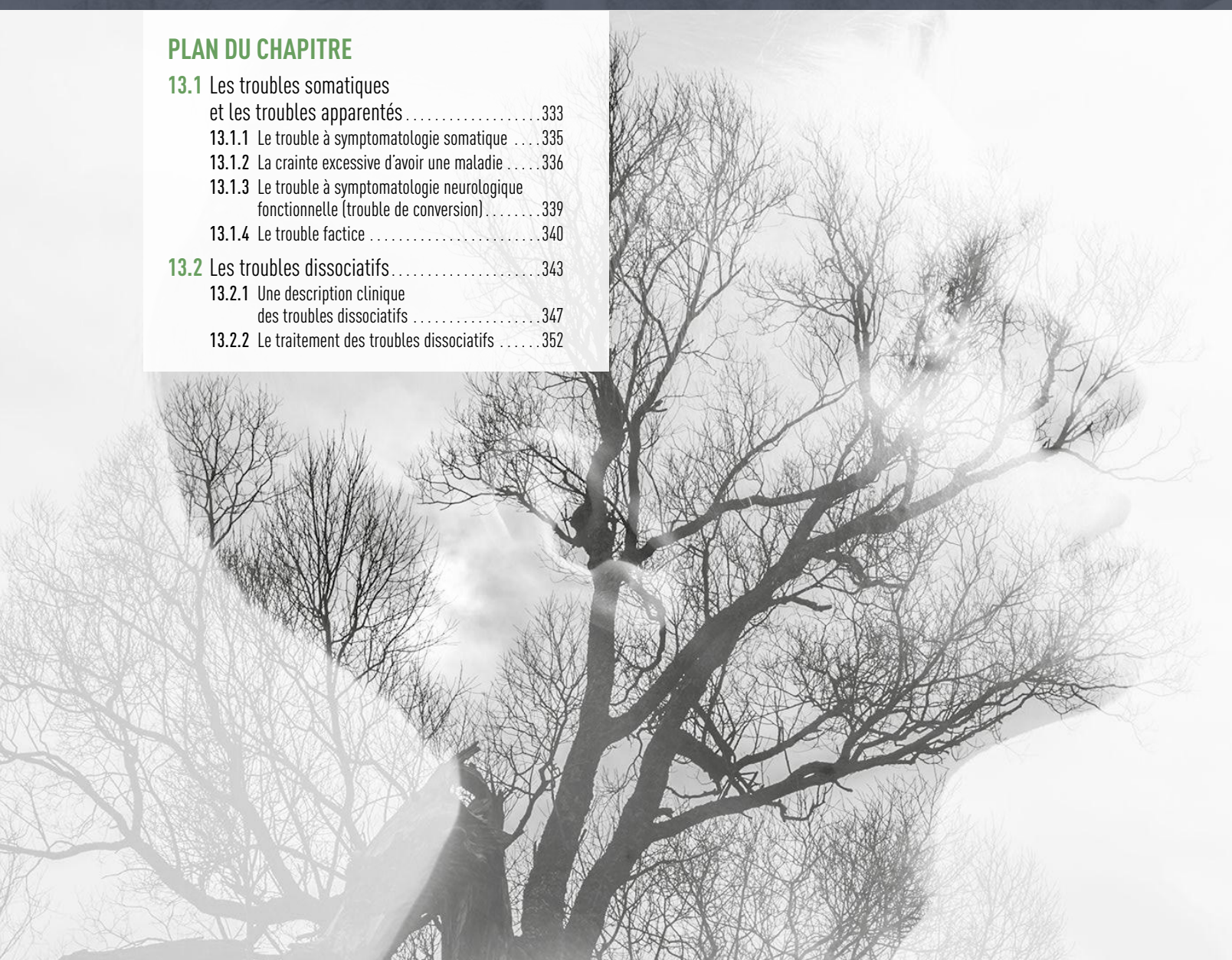
pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=1191

LES TROUBLES SOMATIQUES, LES TROUBLES APPARENTÉS ET LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Par Luce Marinier et Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

13.1 Les troubles somatiques et les troubles apparentés	333
13.1.1 Le trouble à symptomatologie somatique	335
13.1.2 La crainte excessive d'avoir une maladie	336
13.1.3 Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion)	339
13.1.4 Le trouble factice	340
13.2 Les troubles dissociatifs	343
13.2.1 Une description clinique des troubles dissociatifs	347
13.2.2 Le traitement des troubles dissociatifs	352



Paralysies inexplicables, expériences personnelles qui semblent irréelles, personnalités multiples : les manifestations des troubles somatiques et des troubles apparentés, de même que celles des troubles dissociatifs sont spectaculaires. D'autres troubles, la schizophrénie en particulier, sont associés à des manifestations d'anormalité encore plus extrêmes, comme des idées délirantes, des hallucinations et des pertes de contact massives avec la réalité. Cependant, chez les personnes schizophrènes, des désordres neurologiques marqués sont présents. Du côté des troubles somatiques, apparentés, et dissociatifs, on observe des états qui ressemblent à des idées délirantes et à des pertes de contact avec la réalité, mais sans dérèglements neurologiques pour les expliquer. Ce sont, au sens le plus strict, des problèmes psychologiques.

D'ailleurs, ces troubles sont parfois pris à la légère. Selon le *DSM-5*, les inquiétudes des personnes hypocondriaques à qui on diagnostique une crainte excessive d'avoir une maladie exaspèrent les médecins auxquels ils font perdre un temps précieux. Jadis, plusieurs états-majors des armées accusaient de désertion et de faiblesse leurs soldats qui présentaient des symptômes dissociatifs. Pourtant, les troubles somatiques et les troubles apparentés, tout comme les troubles dissociatifs, manifestent la puissance de la psyché humaine plutôt que sa faiblesse. En effet, c'est le travail de la pensée, autrement dit les états cognitifs, qui produit des symptômes aussi graves qu'un éclatement de l'identité ou une crise d'épilepsie.

Si l'anxiété est un élément central de la plupart des troubles mentaux, les **troubles somatiques** et les **troubles apparentés** de même que les troubles dissociatifs ont en commun un aspect de **suggestibilité**. D'ailleurs, les personnes atteintes de ces troubles sont souvent faciles à hypnotiser (Guelfi et Hardy, 2013). La suggestibilité est une disposition cognitive d'ouverture aux influences. Elle ne doit pas être confondue avec la manipulation. Les influences ne sont ni exercées volontairement, ni captées comme telles. Dans la crainte excessive d'avoir une maladie, par exemple, les informations recueillies sur les maladies impressionnent tellement la personne que celle-ci concentre son attention sur son corps et parvient à y percevoir les signes des maladies qui la terrorisent. Elle subit cette influence de façon disproportionnée.

Troubles somatiques et troubles apparentés

Ensemble de troubles caractérisés par des symptômes physiques envahissants associés à une détresse psychologique significative et à une détérioration du fonctionnement.

Suggestibilité

État de réceptivité aux influences.

Les troubles somatiques et les troubles apparentés (appelés somatoformes avant le *DSM-5*) sont des troubles liés au corps entraînant des incapacités réelles. La médecine reconnaît l'influence du stress et d'autres facteurs psychologiques dans la guérison ou le maintien des symptômes de plusieurs maladies. Dans le cas des troubles somatiques et des troubles apparentés,

cependant, l'influence psychologique ne fait pas qu'empirer ou amoindrir une maladie existante. Ce type de trouble repose sur une perception faussée. Les symptômes peuvent passer pour de la simulation, ou sembler facilement contrôlables. Pourtant, on peut être véritablement aveugle ou paralysé sans que le système nerveux soit atteint.

Les **troubles dissociatifs** sont, pour leur part, des états altérés de conscience qui ressemblent à ceux qu'on observe à la suite de la consommation de certaines drogues ou dans la transe hypnotique. Les personnes atteintes d'un trouble dissociatif présentent divers états de confusion cognitive, qui sont généralement des réactions à des traumatismes majeurs. Leur perception de la réalité devient distanciée et inappropriée. Leur sentiment d'identité devient confus ou se dissout. Il peut arriver que ces personnes perdent la mémoire. Dans les cas les plus graves, elles acquièrent des identités d'emprunt.

Troubles dissociatifs

Troubles caractérisés par des altérations de la cohérence sur les plans de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions ou des comportements.

EN RELIEF

Les états dissociatifs et l'expérience religieuse

La plupart des traditions religieuses décrivent des états limites d'extrême altération de la conscience qui ressemblent aux états dissociatifs. Ces états sont, par exemple, des possessions ou des extases religieuses au cours desquelles des personnes oublient le temps et la douleur, ou même leur identité. Ces personnes deviennent capables d'exploits formidables, comme les sages indiens qui marchent sur des braises ou les Philippins qui revivent, à Pâques, la Passion du Christ et se font crucifier. La transe religieuse est un état que certaines personnes souhaitent atteindre. Des cérémonies servent d'ailleurs à la provoquer. On observe alors souvent aussi des miracles, que l'on pourrait peut-être lier au trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle. D'autres expériences religieuses, comme la méditation ou la contemplation, cherchent à créer des états d'intégration et de conscience accrue, qui sont l'inverse de la dissociation.



Les états émotifs sont aussi des états du corps. Plusieurs thérapies parallèles ou liées à des pratiques traditionnelles, comme l'acupuncture, travaillent les traumatismes directement dans le corps plutôt qu'à travers leur récit.

13.1 Les troubles somatiques et les troubles apparentés

La description des troubles somatiques et des troubles apparentés, au 19^e siècle, a posé un jalon majeur dans l'émergence de la psychologie comme discipline scientifique indépendante. Deux neurologues français, Janet et Charcot, traitaient des patientes qui présentaient des symptômes de ce qu'on appelait alors l'**hystérie**. Ces symptômes incluaient des paralysies sans lésions à la moelle épinière, des crises convulsives et des aphasies, c'est-à-dire des anomalies de langage qu'on n'observe habituellement qu'à la suite de dommages au cerveau. Après avoir épuisé toutes les explications médicales, Jean-Martin Charcot a affirmé à la fin de sa carrière que la cause de

Hystérie

Ancien nom donné aux troubles impliquant des symptômes somatiques. Ce terme est lié à la théorie psychanalytique des pulsions inconscientes et de leur refoulement.



Convulsions hystériques étudiées par Charcot à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris.

ces troubles était psychologique, et non organique. Le psychiatre autrichien Sigmund Freud a apporté des précisions aux intuitions de Charcot et en est venu à concevoir la première théorie systématique de la psyché humaine : la psychanalyse. Pour Freud, l'hystérie était un type de névrose, c'est-à-dire une manifestation de conflits dans la vie psychique inconsciente des patientes. Les symptômes étaient considérés comme une mise en acte de ces conflits. Les mouvements convulsifs du bassin rappelaient d'ailleurs l'acte sexuel.

Le terme « hystérie » existait depuis déjà longtemps quand les précurseurs de la psychologie moderne se sont mis à l'employer. Étymologiquement, ce mot signifie « utérus ». Les médecins de la Grèce antique croyaient en effet que, si une femme ne parvenait pas à avoir d'enfants assez tôt, son utérus se déplaçait dans son corps, entraînant ainsi chez elle de graves dérèglements. Pour les psychanalystes qui ont réactualisé le terme, l'hystérie restait surtout une maladie de femmes et une sorte de signe d'immaturation psychique (King, 1993). Les préjugés du grand public et des professionnels de la santé mentale ont encore alourdi les connotations sexistes et péjoratives associées à l'hystérie. On la concevait comme une incapacité à contrôler ses émotions, une faiblesse dont on taxait volontiers les femmes. On oubliait que les symptômes

observés trouvaient souvent leur origine dans la violence et les sévices de toutes sortes subis par les femmes, privées du pouvoir sur elles-mêmes en raison des normes sociales de leur époque (Micale, 1993).

Les premières versions du *DSM* contenaient des concepts psychanalytiques, dont un diagnostic de l'hystérie. En 1980, il a été éliminé. Le trouble de la personnalité histrionique (voir le chapitre 10) couvre une partie des comportements qu'on classait autrefois dans l'hystérie (ceux qui sont liés aux manifestations d'émotions excessives). On parle aussi parfois de **trouble fonctionnel** quand un organe n'est pas atteint, mais que sa fonction est perturbée pour des raisons psychologiques (Aybek *et al.*, 2009). Avant le *DSM-5*, les diagnostics de troubles somatiques et des troubles apparentés étaient liés à des symptômes pour lesquels on ne pouvait identifier de cause organique. Les rédacteurs de la dernière édition du *DSM* ont décidé de retirer ce critère. Ainsi, il est désormais possible de diagnostiquer chez une personne un trouble à symptomatologie somatique ou un trouble apparentés alors qu'elle est aux prises avec une maladie physique. Ce qui permet d'établir le trouble psychologique, c'est l'importante détresse liée à des symptômes physiques que manifeste la personne au point d'avoir des pensées, des émotions et des comportements qui nuisent à son fonctionnement dans sa vie quotidienne. Seul le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle demeure intimement lié à l'absence d'explication médicale pour les symptômes manifestés.

On considère souvent les troubles somatiques et les troubles apparentés comme des maladies imaginaires. Pourtant, l'anxiété et les symptômes sont authentiques. Les quatre troubles les plus courants faisant partie de cette catégorie sont la crainte excessive d'avoir une maladie (autrefois nommé l'hypocondrie), le trouble à symptomatologie somatique, le trouble à symptomatologie

Troubles fonctionnels

Ensemble de symptômes physiques sans cause organique.

neurologique fonctionnelle (aussi nommé trouble de conversion) et le trouble factice. Pour résumer, on pourrait dire que les personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie sont terrorisées parce qu'elles sont convaincues d'avoir toutes les maladies, que les personnes atteintes du trouble à symptomatologie somatique ont des symptômes disproportionnés par rapport à leurs maux réels, sans toutefois vivre d'anxiété, que les personnes atteintes du trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle souffrent d'une affection réelle et grave sans cause organique, et que celles qui ont un trouble factice provoquent volontairement un problème médical sur elles-mêmes ou sur une autre personne, tout en le niant.

13.1.1 Le trouble à symptomatologie somatique

Les sections suivantes présentent la description du trouble à symptomatologie somatique, dont ses critères diagnostiques, sa prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à son apparition, de même que ses principaux traitements.

Une description clinique

Le **trouble à symptomatologie somatique** amène les personnes qui en sont atteintes à solliciter constamment les services de santé. Ce trouble est habituellement caractérisé par la présence de plusieurs souffrances somatiques qui envahissent la vie de la personne. La douleur est souvent au cœur de ses plaintes, parfois accompagnée de fatigue généralisée. Les sensations sont fréquemment associées au fonctionnement normal du corps, et les inconforts sont rarement le signe de maladies graves. Néanmoins, la détresse est réelle, qu'elle soit ou non expliquée par un problème médical (*voir l'encadré 13.1*).

Trouble à symptomatologie somatique

Trouble caractérisé par la présence des symptômes somatiques perturbant la vie de la personne ou entraînant une détresse.

ENCADRÉ 13.1 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble à symptomatologie somatique

- A** Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.
- B** Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :
 1. Pensées persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes.
 2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.
 3. Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.
- C** Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Le rôle de malade est acquis et devient une sorte d'identité qui court-circuite l'insertion dans la vie adulte. Les diagnostics médicaux reçus entraînent souvent une incapacité au travail. Quant à la vie sociale, elle est remplacée par des relations de soins avec des professionnels de la santé. Le trouble à symptomatologie somatique est généralement chronique (Springhouse Corp., 2005). Plus encore que dans les autres troubles à symptomatologie somatique et les autres troubles apparentés, les symptômes peuvent paraître simulés. Or, la complexité du trouble à symptomatologie somatique tient justement à ce qu'il ne peut se réduire à un comportement de manipulation.

La prévalence, les facteurs de risque et le traitement

Selon le *DSM-5*, de 5 à 7% de la population pourrait être aux prises avec ce trouble; en outre, les femmes ont tendance à présenter plus de symptômes somatiques que les hommes, ce qui contribue à augmenter la prévalence de ce trouble dans ce groupe.

L'étiologie du trouble à symptomatologie somatique révèle qu'il existe deux points en commun entre ce trouble et la crainte excessive d'avoir une maladie (voir la section 13.1.2): une trop grande attention prêtée aux signaux du corps et des aspects d'apprentissage social (Rief, Hiller et Margraf, 1998). Le rôle de malade peut être acquis par l'observation et l'imitation de personnes malades connus dans l'enfance. Celles-ci ont pu être choisies comme modèles à cause du statut dont elles jouissaient en raison de leurs maux: on leur prêtait davantage d'attention et on les exemptait des responsabilités les plus pesantes.

Cependant, les caractéristiques familiales et psychologiques associées au trouble à symptomatologie somatique sont très différentes de celles qu'on observe chez les personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie (Noyes *et al.*, 2006). Typiquement, il s'observe chez des femmes de faible condition socioéconomique, issues de familles dysfonctionnelles et confrontées à plusieurs sources de stress. Il est aussi souvent associé aux troubles anxieux et à des humeurs dépressives, voire suicidaires.

Le trouble à symptomatologie somatique est difficile à traiter. Des thérapies de groupe visent à limiter les dommages qu'on lui associe plutôt qu'à l'éliminer (Looper et Kirmayer, 2002).

13.1.2 La crainte excessive d'avoir une maladie

Les sections suivantes présentent la description de la crainte excessive d'avoir une maladie, dont ses critères diagnostiques, sa prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à son apparition, de même que ses principaux traitements.

Une description clinique

On dit sur le ton de la boutade que les hypocondriaques sont atteints de la seule maladie qu'ils croient ne pas avoir. La **crainte excessive d'avoir une maladie**, qu'on nommait, avant le *DSM-5*, l'hypocondrie, se caractérise par de l'anxiété importante centrée sur la conviction d'être atteint de maladies.

Crainte excessive d'avoir une maladie

Trouble caractérisé par la conviction erronée d'être atteint de maladies graves.

Elle comporte une dimension émotive et une dimension cognitive fondées sur des perceptions erronées concernant la santé. Il est intéressant de noter que parmi les personnes aux prises avec une crainte excessive d'avoir une maladie, certaines recherchent des soins, se rendent fréquemment chez le médecin et effectuent plusieurs tests médicaux, alors que d'autres les évitent. Les critères diagnostiques de ce trouble sont résumés dans l'encadré 13.2.

Sur le plan émotif, l'anxiété des personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie est tenace: l'avis rassurant d'un médecin ne les apaise pas, il semble même qu'il tende à l'empirer. Les personnes aux prises avec cette crainte croient en effet que leur cas est si grave que les médecins n'arrivent pas à le diagnostiquer adéquatement. Typiquement, elles consultent un deuxième médecin, puis un troisième médecin, puis un autre encore, comme si elles cherchaient frénétiquement à obtenir la confirmation de leurs craintes.

Sur le plan cognitif, les personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie prêtent une attention exagérée à l'information concernant la santé, comme les personnes anorexiques prêtent une attention exagérée à l'information concernant l'alimentation. Si une maladie fait l'objet d'une discussion autour d'elles, les personnes souffrant de la crainte excessive d'avoir une maladie risquent non seulement de penser en être atteintes, mais aussi d'en ressentir les premières manifestations. En plus d'être à l'affût de la moindre

ENCADRÉ 13.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la crainte excessive d'avoir une maladie

- A** Préoccupation concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave.
- B** Les symptômes somatiques sont absents ou s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p. ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.
- C** Il existe un degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel.
- D** La personne présente des comportements excessifs par rapport à sa santé (p. ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche des signes d'une maladie) ou présente un évitement inadapté (p. ex. évite les rendez-vous médicaux et les hôpitaux).
- E** Les préoccupations concernant la maladie sont présentes depuis au moins 6 mois mais la nature de la maladie qui est spécifiquement anticipée peut avoir changé durant cette période.
- F** La préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant à type somatique. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.



Les personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie contribuent au débordement des services de santé. L'impatience du personnel soignant peut malheureusement augmenter leur anxiété et aggraver leurs symptômes.

information concernant les maladies, elles accordent une attention inquiète et soutenue à leurs fonctions corporelles. Elles décèlent un symptôme dans le moindre malaise. Rief, Hiller et Margraf (1998) décrivent le concept de la santé des personnes aux prises avec la crainte excessive d'avoir une maladie comme très restrictif : pour elles, la santé est une absence totale de symptômes. Inversement, toute sensation de malaise est aussitôt interprétée comme la manifestation d'une maladie grave : une toux signifie la tuberculose ; une petite bosse trahit la présence d'un cancer. Cette mauvaise perception des sensations corporelles entraîne un cercle vicieux : l'attention portée aux symptômes empire l'impression qu'ils laissent, ce qui augmente l'anxiété, qui cause à son tour encore plus de vigilance exacerbée centrée sur les signaux du corps. La conviction devient ainsi de l'autosuggestion. Selon le *DSM-5*, il est possible qu'une personne souffre d'un réel problème de santé biologique tout en présentant la crainte excessive d'avoir une maladie. Par exemple, une personne peut avoir un rhume et être persuadée qu'elle est atteinte du cancer de la gorge ou des poumons.

La prévalence, les facteurs de risque et le traitement

Contrairement aux idées reçues, la crainte excessive d'avoir une maladie affecte autant d'hommes que de femmes. Ironiquement, cette maladie qui consiste souvent à s'exposer excessivement à l'attention médicale tend à être sous-diagnostiquée. Elle s'avère pourtant souvent chronique, avec une alternance de périodes de plus grande perturbation et de périodes de moindre inquiétude. La crainte excessive d'avoir une maladie toucherait jusqu'à 4 % de la population canadienne (Langlois *et al.*, 2005).

L'apprentissage social serait le principal facteur expliquant l'apparition de la crainte excessive d'avoir une maladie chez des personnes prédisposées à l'anxiété. Le contact avec des personnes malades durant l'enfance les conduirait inconsciemment à imiter des attitudes de malade, parce que ces personnes ou les personnes malades jouissent d'un statut particulier et reçoivent une attention gratifiante, ce qu'on considère comme un bénéfice secondaire de la maladie. En outre, l'exposition à la maladie favoriserait l'attention prêtée à l'information médicale (Watt et Stewart, 2000).

Les principaux traitements proposés aux personnes aux prises avec ce trouble sont de type cognitif et comportemental. La transmission d'informations sur les maladies vise à enrayer la tendance à céder à des prévisions catastrophistes. La stratégie des intentions paradoxales est également utilisée. Elle consiste à inviter ces personnes à concentrer leur attention inquiète sur une partie de leur corps, pour leur prouver qu'elles peuvent se créer un symptôme. Pour leur part, Ladouceur, Boisvert et Marchand (1999) ont obtenu du succès en utilisant des stratégies thérapeutiques adaptées au traitement des troubles anxieux. Ces stratégies visent à directement diminuer les symptômes physiques associés à l'anxiété plutôt qu'à réfuter les idées irrationnelles qui y contribuent. On emploie, par exemple, des techniques de visualisation de scènes apaisantes pour générer un état de relaxation incompatible avec l'anxiété.

13.1.3 Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion)

Les sections suivantes présentent la description du trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, dont ses critères diagnostiques, sa prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à son apparition, de même que ses principaux traitements.

Une description clinique

Le **trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle** (aussi nommé **trouble de conversion**) désigne un déficit grave et médicalement inexplicable de fonctions neurologiques ou sensorielles (voir l'encadré 13.3). La cécité, la paralysie, des crises d'épilepsie et l'aphasie en sont les affections les plus courantes. L'appellation « trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle » montre qu'il y a une incohérence entre les symptômes manifestés par la personne et les examens médicaux ne montrant aucun désordre neurologique reconnu. C'est là une des différences avec le trouble à symptomatologie somatique, pour lequel il est difficile d'exclure un désordre biologique lié à des douleurs ou à de la fatigue chroniques, par exemple.

Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion)

Trouble caractérisé par des affections neurologiques ou sensorielles sans cause organique identifiable.

ENCADRÉ 13.3 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion)

- A** Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles.
- B** Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue.
- C** Les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble médical ou mental.
- D** Le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Freud appelait ce trouble l'hystérie de conversion parce que, selon lui, les patients convertissaient une charge émotionnelle refoulée, qu'ils déchargeaient sous la forme de symptômes physiques. On a cru que ce type de trouble était lié aux conditions de vie des femmes à la fin du 19^e siècle, et le diagnostic a failli disparaître des manuels diagnostiques. Cependant, des données obtenues par imagerie cérébrale ont confirmé qu'il existe, comme c'était aussi le cas à l'époque de Charcot et de Freud, des symptômes d'affections neurologiques graves qui ne résulteraient pas de désordres neurologiques (Halligan, Bass et Wade, 2000).

La prévalence, les facteurs de risque et le traitement

En ce qui a trait au trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, les explications modernes semblent rejoindre les intuitions de Freud. Comme dans les troubles dissociatifs (*voir la section 13.2*), l'un des principaux facteurs contribuant à l'apparition du trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle est l'expérience d'un traumatisme majeur : des sévices sexuels ou les horreurs de la guerre, par exemple. Le traumatisme cause une anxiété d'une telle intensité que la personne affectée ne peut ni la formuler ni l'assumer. Elle étouffe donc cette anxiété, qui se transforme (se convertit) en symptôme physique, par exemple en crise d'épilepsie psychogène qui évacue une charge émotionnelle insupportable. Le symptôme exprime et camoufle donc simultanément le traumatisme indicible (Hollender et Ford, 2000).

Cependant, on n'observe pas nécessairement de tels événements stressants chez les personnes qui manifestent un trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle. D'autres facteurs de risque contribuent à son apparition et à sa persistance, dont une histoire familiale marquée par la présence de symptômes somatiques. Comme pour d'autres troubles à symptomatologie somatique, la personne peut tenter d'obtenir des gains secondaires en raison des malaises évoqués, mais pas de façon systématique. D'ailleurs, certaines affichent ce qu'on appelle la belle indifférence, c'est-à-dire l'absence d'inquiétude à l'égard de la nature du symptôme et de ses conséquences. En effet, les pensées, les émotions et les comportements intenses associés au trouble à symptomatologie somatique sont souvent absents du trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle.

La dépression, le trouble panique et des troubles de personnalité, de même que la présence de troubles neurologiques réels constituent aussi des facteurs de risque du trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle. Par exemple, on observe des crises non épileptiques chez des individus qui souffrent d'épilepsie. Enfin, la courte durée des symptômes et l'acceptation d'un diagnostic sont des éléments qui favorisent le rétablissement chez les personnes aux prises avec un trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle.

Il existe peu de statistiques sur ce trouble, qui toucherait 10% des patients porteurs d'un diagnostic de trouble neurologique ainsi que 10 à 20% des épileptiques (Benbadis et Allen-Hauser, 2000). Les groupes où le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle est le plus fréquent sont les adolescentes et les combattants (Rosenbaum, 2000). Il existe des traitements cognitifs contre ce trouble, mais comme au temps de Freud, la thérapie comporte également un élément de catharsis qui consiste à prendre conscience du traumatisme et à en libérer les émotions (Hollender et Ford, 2000).

13.1.4 Le trouble factice

Dans le **trouble factice**, la personne falsifie des tests médicaux ou inflige des blessures afin d'obtenir l'attention du corps médical, tout en niant ses gestes (Meadow, 2000). Ce trouble peut s'exprimer sur la personne elle-même ou sur un autre individu (un enfant, un adulte ou même un animal) (*voir l'encadré 13.4*). On appelle aussi le trouble factice imposé à soi-même ou à une autre personne le syndrome de Münchhausen simple ou par procuration. Le baron Von

Trouble factice

Simulation ou production intentionnelle et niée de symptômes physiques ou psychologiques chez soi ou chez une autre personne.

ENCADRÉ 13.4 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble factice

[Ce trouble peut être infligé à soi-même ou à une autre personne.]

- A** Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou de maladies, associée à une tromperie identifiée.
- B** L'individu se présente aux autres [ou fait passer une personne – la victime] comme malade, invalide ou blessé.
- C** Le comportement de tromperie est évident, même en l'absence de bénéfices externes objectivables.
- D** Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Münchhausen était un mercenaire du 18^e siècle qui racontait ses aventures avec beaucoup d'exagération. Des livres fort populaires reprurent ses récits sensationnels, au grand découragement du baron lui-même, qui devint un sujet de dérision et passa les dernières années de sa vie dans l'amertume (Patterson, 1988).

Une description clinique

Les actions visant à simuler ou à provoquer les signes et les symptômes sont souvent intermittentes, mais elles se répètent et se maintiennent en l'absence de récompenses évidentes. Il s'agit davantage d'une recherche d'attention malsaine. Dans le cas de simulation volontaire, la personne cherche à obtenir un bénéfice secondaire clairement identifiable, par exemple un congé, ou encore à éviter une punition ou à être dispensée d'une tâche.

En présence d'un problème médical préexistant, la tromperie aggrave les symptômes, ce qui entraîne des interventions médicales excessives, inutiles et potentiellement dommageables. Parmi les exemples possibles de duperie, on trouve des humeurs dépressives ou suicidaires liées à la mort d'un proche, mais sans décès réel ou sans que ledit proche existe. La personne peut aussi falsifier des tests médicaux en ajoutant du sang ou des matières fécales dans l'urine, avaler ou faire avaler des substances (des médicaments ou du sel, par exemple). Le trouble factice est une forme de maltraitance, mais les sévices sont commis par les intervenants médicaux, trompés par le falsificateur.

Il va sans dire que les impacts du trouble factice peuvent être très graves (des chirurgies, entre autres), voire mortels, pour la personne elle-même, pour son entourage et pour le corps médical. En effet, ce dernier est confronté à une situation délicate dans laquelle il doit être en mesure de distinguer la véracité et le bien-fondé des symptômes, d'une simulation ou d'une production intentionnelle. Il en va de la crédibilité de leurs interventions, mais aussi de l'issue du traitement. Le défi est d'autant plus grand que la personne aux prises avec un trouble factice peut avoir un réel problème médical, comme le diabète, tout en manipulant les résultats des tests délibérément afin de provoquer une crise (en prenant trop de sucre, par exemple).

La prévalence, les facteurs de risque et les traitements

Il est difficile d'établir clairement la prévalence du trouble factice puisqu'il comporte en lui-même une volonté, chez la personne atteinte, d'en dissimuler les véritables manifestations. En effet, confrontée aux preuves, celle-ci continue souvent de nier ses gestes. Selon le *DSM-5*, parmi les patients hospitalisés, 1 % présenteraient un trouble factice imposé à eux-mêmes ou à une autre personne.

Le trouble factice semble toucher surtout des femmes (Shaw *et al.*, 2008) travaillant dans le domaine médical (Krahn, Hongzhe et O'Connor, 2003), mais aussi des hommes (Robertson et Cervilla, 1997). La mère infligeant des agressions à son enfant a de bonnes connaissances médicales et paraît d'ailleurs dévouée, tout en demeurant calme devant la gravité du problème (Labbé, 2009).

Les premiers épisodes du trouble factice se produisent fréquemment à la suite de l'hospitalisation de la personne elle-même ou de la victime. Ce trouble apparaît habituellement au début de l'âge adulte et il peut se maintenir tout au long de la vie. Il est associé à des troubles de personnalité, à l'abus de substances, à des troubles alimentaires, à d'autres troubles à symptomatologie somatique et à la maltraitance lors de l'enfance, ainsi qu'à des tentatives de suicide (Labbé, 2009).

EXERCICE 13.1 | La distinction entre les différents troubles somatiques et apparentés

Associez chaque question à l'un des troubles suivants :

- A La crainte excessive d'avoir une maladie
- B Le trouble à symptomatologie somatique
- C Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle
- D Le trouble factice

- | | |
|--|---|
| 1. Lequel ou lesquels des troubles somatiques et apparentés présentent un niveau élevé d'anxiété ? | et apparentés les idées irrationnelles occupent-elles une place importante ? |
| 2. Lequel ou lesquels des troubles somatiques et apparentés peuvent entraîner la mort ? | 4. Dans lequel ou lesquels des troubles somatiques et apparentés une souffrance corporelle envahit-elle la vie de la personne ? |
| 3. Dans lequel ou lesquels des troubles somatiques | <i>Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.</i> |

Le traitement est d'autant plus ardu que la reconnaissance claire du trouble par les professionnels et la personne elle-même est complexe. Le plus souvent, ce sont des résultats de laboratoire inexplicables qui éveillent des soupçons (Krahn, Hongzhe et O'Connor, 2003). Des enregistrements vidéo permettent parfois de prouver les gestes malintentionnés, surtout pour les cas de suffocation suspectée chez un nourrisson. La disparition des symptômes, lorsque la victime est séparée de l'agresseur, est un autre moyen utilisé pour établir le diagnostic. Cependant, le pronostic pour les personnes souffrant de troubles factices est pauvre (Huffman et Stern, 2003). Il est nécessaire d'interrompre les procédures médicales afin d'assurer la protection de la personne elle-même

ou de la victime. De plus, il est possible d'instaurer des interventions sociales dans le but de détecter plus rapidement le trouble factice, notamment en créant des équipes de soins hospitaliers multidisciplinaires et en permettant au corps médical d'acquérir des connaissances sur ce sujet (Labbé, 2009).

EXERCICE 13.2 | Des cas de troubles somatiques et apparentés

Associez chacun des cas à l'un des troubles somatiques et apparentés suivants :

- A** La crainte excessive d'avoir une maladie
- B** Le trouble à symptomatologie somatique
- C** Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle
- D** Le trouble factice

1. Louis a une vie sexuelle catastrophique. Chaque fois qu'il a une relation sexuelle, il craint d'avoir attrapé une infection. Il consulte frénétiquement les sites Internet des agences de prévention. Il connaît par cœur chacune des ITS avec ses symptômes. Convaincu d'éprouver des douleurs en urinant, il s'installe dans la salle d'attente d'une clinique sans rendez-vous. Il lui arrive aussi de courir à la salle d'urgence d'un hôpital après un rendez-vous galant pour obtenir une prophylaxie post-exposition au VIH.
2. Lyne se présente à une clinique sans rendez-vous pour réclamer des traitements contre la mononucléose parce qu'elle se sent épuisée. Le médecin consulte son épais dossier médical : elle est dyslexique, a des ulcères et est atteinte de maladies rares pour lesquelles elle passe toutes sortes de tests. Lyne est suivie par plusieurs spécialistes.
3. Un garçon âgé de 3 ans a été hospitalisé à 20 reprises depuis les 18 derniers mois pour des crises d'asthme, une pneumonie, des infections

et des épisodes de fièvre. Les médecins croyaient qu'il avait peut-être contracté le sida. Lors de ces séjours, la mère passait beaucoup de temps à lire à la bibliothèque de l'hôpital. C'est une amie de la famille qui a porté plainte aux autorités lorsque le garçon lui a dit que sa cuisse lui faisait mal, là où sa mère lui faisait des piqûres. La mère a nié les faits alors que du matériel médical a été trouvé chez elle et que son fils se porte beaucoup mieux depuis qu'ils sont séparés (cas tiré de Boros et Brubaker, 1992).

4. Mireille a perdu toute sensation dans son bras gauche après un accident de bicyclette. Elle est encore capable de mouvements malhabiles, mais elle ne peut plus travailler. Elle passe des tests, mais les médecins ne lui trouvent aucune lésion. Elle est très handicapée par cette insensibilité parce qu'elle est gauchère. Quand elle était petite, elle se protégeait des coups de son frère violent avec ce bras.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

13.2 Les troubles dissociatifs

Comme pour les troubles somatiques et apparentés, l'identification des troubles dissociatifs remonte aux travaux sur l'hystérie menés dans les hôpitaux de Paris à la fin du 19^e siècle. C'est le médecin Pierre Janet, un des précurseurs de la psychothérapie, qui a introduit le terme de désagrégation, puis de **dissociation** pour décrire des états altérés de conscience observés chez ses patients. Ces derniers avaient perdu le sens de la continuité et de la réalité de leur existence à la suite d'une expérience traumatique. Ces perturbations cognitives ne pouvaient être associées à des lésions cérébrales identifiables. Pour Janet (2006), la dissociation était la manifestation d'une faiblesse mentale amenant

Dissociation

État de conscience altéré marqué par une séparation des émotions et des souvenirs ou par une confusion à propos du réel ou de son identité.

la personne hystérique à être débordée par les événements de la vie. Ce type d'explication était conforme à une vision pessimiste dominante à l'époque en psychiatrie, qui considérait la maladie mentale comme une forme de dégénérescence (voir le chapitre 1). Freud et les psychanalystes ont nuancé cette vision. Pour eux, la dissociation était plutôt un mécanisme de protection qui se dressait contre une expérience insupportable. Depuis ces premiers travaux, la dissociation a été négligée par plusieurs générations de chercheurs. Pourtant, l'expérience de la dissociation révèle des aspects uniques de la psyché humaine.

Étude de CAS

Quelques exemples d'états dissociatifs

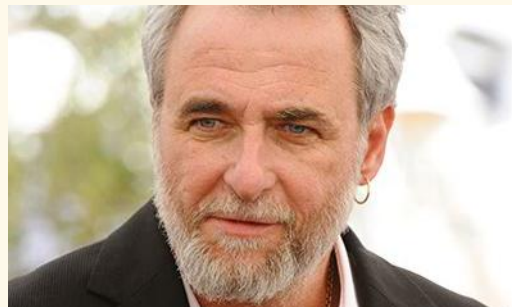
L'état second de Lucy

Lucy est une Américaine immigrée à Montréal. Elle reçoit un ami new-yorkais qui vit au Canada sans autorisation légale. Ils fument de la marijuana. Elle descend au dépanneur chercher de la bière. Quand elle remonte, elle constate que son ami est mort subitement. Elle appelle la police. L'équipe de policières, envoyée spécifiquement sur les lieux pour procéder à une intervention qui soit la plus sécurisante possible pour Lucy, découvre la marijuana et le statut illégal du défunt. Les agentes interrogent longuement Lucy. Elles comprennent vite que la cause de la mort de son ami est naturelle. Elles ferment les yeux sur les illégalités, mais elles doivent néanmoins mener une enquête. Lucy est dans un état second : il y a eu mort d'homme. Elle croise son voisin dans l'escalier, qui l'interroge du regard, mais elle ne le voit tout simplement pas tellement elle est absorbée. Elle sort sans manteau et se dirige vers l'unité mobile d'enquête, mais elle ne s'aperçoit même pas qu'il pleut. Le lendemain, elle oublie qu'elle avait commandé de la pizza avant de descendre au dépanneur et que les policières ont renvoyé sous ses yeux le livreur à son restaurant.

L'état second dans lequel Lucy s'est trouvée durant cet épisode est un cas d'état dissociatif, marqué par des perceptions altérées et des pertes de mémoire. Par contre, Lucy ne présente les critères diagnostiques d'aucun des troubles dissociatifs.

L'amnésie dissociative avec fugue dissociative de Kevin

Il y a quelques années, un jeune homme a été intercepté par les agents de sécurité de l'aéroport de Schiphol, à Amsterdam. Il n'avait pas ses papiers et il ne parlait pas. Les autorités ont présumé qu'il avait été agressé et dépouillé de son passeport. Le jeune homme a été transféré dans un hôpital d'Amsterdam. L'état de confusion apparente du patient se maintenait, mais des examens neurologiques n'ont détecté aucune anomalie. Après quelques jours, le jeune homme s'est mis à écrire des mots en français aux infirmiers. Après les avoir fait traduire, les soignants hollandais ont décodé



Le réalisateur israélien Ari Folman a traversé une grave crise de conscience quand il a reconstitué ses souvenirs de guerre, occultés par une amnésie dissociative. Les troubles dissociatifs sont rares, mais on les observe plus fréquemment chez les militaires que dans la population civile. En effet, les militaires sont plus susceptibles de vivre des expériences traumatiques majeures.

que le patient se nommait Kevin et qu'il se disait originaire de Montréal. Un employé québécois du consulat canadien a été envoyé à l'hôpital pour l'interroger. Les réponses de Kevin lui ont semblé incohérentes, comme s'il ignorait d'où il venait vraiment. Kevin était en fait en amnésie dissociative avec fugue dissociative, une forme rare de trouble dans lequel une personne s'enfuit de son milieu et perd sa propre identité.

Danse avec Bashir

Le documentaire autobiographique d'animation *Danse avec Bashir* porte sur l'histoire d'Ari Folman, un Israélien hanté par un rêve récurrent dans lequel il tue des chiens sur une plage. Le rêve le ramène à la période de son service militaire, qu'il a oubliée. Il sait qu'il a participé à des opérations au Liban et que l'armée l'a libéré de son engagement après seulement six semaines de service. En plongeant dans ses bribes de souvenirs et en interrogeant des compagnons d'armes, Ari découvre qu'il a assisté à la mort d'un enfant, puis à un massacre dans un camp palestinien. Une amnésie dissociative a effacé ces souvenirs insupportables de sa mémoire.

L'opposé de la dissociation est l'**intégration**, qui est l'unité de l'expérience individuelle. Dans des circonstances habituelles, les perceptions, les émotions et les souvenirs s'intègrent les uns dans les autres pour construire une expérience cimentée par le sentiment d'**identité**. La dissociation, au contraire, fragmente les différents aspects de l'expérience. Les souvenirs sont oblitérés, ou séparés de leur contenu affectif; les événements sont vécus à distance comme s'ils arrivaient à quelqu'un d'autre, et le sentiment même d'identité perd de sa cohérence (Van der Kolk, Van der Hart et Marmar, 1996).

La dissociation est une sorte de mécanisme d'urgence qui crée des barrières cognitives pour protéger une personne d'un traumatisme. Certaines personnes sont plus susceptibles d'utiliser ce mécanisme: les personnes suggestibles, les personnes stressées, les consommateurs de drogue. Cependant, la dissociation ne constitue pas en soi un trouble. Bernstein et Putman (1986) ont élaboré une échelle de la dissociation composée de 28 énoncés. L'échelle mesure des expériences dissociatives comme «avoir l'impression de se trouver dans un lieu inconnu alors qu'on est chez soi», ou le fait d'«avoir oublié pourquoi on est allé là où on se trouve».

Quiconque subit un choc émotif ou un stress important peut éprouver de la dissociation. À partir d'un certain degré, la dissociation devient un symptôme qui accompagne plusieurs troubles mentaux, dont les troubles dissociatifs, mais aussi le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, le trouble de stress post-traumatique (*voir le chapitre 7*) ainsi que certains troubles de la personnalité (Murray, Ehlers et Mayou, 2002) (*voir le chapitre 10*). Les traumatismes propres à entraîner des états dissociatifs sont les sévices sexuels, la violence, surtout s'il y a mort violente ou sentiment de menace à l'intégrité physique, lors d'interventions médicales, par exemple, la guerre, les enlèvements, les accidents et les actes criminels (Nicolas, 2006).

Dans ses manifestations extrêmes, la dissociation brouille le contact avec la réalité ou le sentiment d'identité. Par exemple, dans le trouble dissociatif de l'identité, une personne revivra comme si elle y était une scène de violence dont elle a été victime. Elle entendra des sons qu'elle a entendus alors et elle croira se trouver dans le lieu où elle se trouvait à ce moment-là. La dissociation ne doit cependant pas être confondue avec la décompensation psychotique. Dans la psychose, on observe une désorganisation de la personnalité et une perte de contact avec la réalité (*voir le chapitre 9*). Les personnes les plus gravement dissociées perdent leurs repères, mais elles présentent quand même une personnalité organisée et relativement fonctionnelle.

Intégration

Sentiment d'unité des souvenirs, des états affectifs et de l'identité.

Identité

Sentiment d'être une personne unique avec un récit de vie cohérent.

EXERCICE 13.3 | Connaître la dissociation

Vrai ou faux ?

1. La dissociation est un état altéré de la conscience.
2. La dissociation est liée à des troubles neurologiques.
3. La dissociation peut entraîner des pertes de mémoire.
4. La dissociation est liée à des traumatismes.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Les blessures de guerre invisibles

Les horreurs de la guerre occasionnent des traumatismes propres à déclencher des troubles somatiques et apparentés de même que des troubles dissociatifs, notamment chez les militaires exposés chaque jour à la violence extrême. Mais ceux qui envoient les armées au front montrent généralement peu de compréhension à l'égard des blessures invisibles. Durant les deux guerres mondiales, les soldats rendus inaptes au combat par l'horreur à laquelle ils avaient participé risquaient la peine de mort. « Déserteurs », « lâches », « simulateurs », tels étaient les jugements contenus dans les sentences des cours martiales. De nouveaux diagnostics ont été proposés pour décrire l'état psychologique des soldats perturbés par la guerre, mais une partie de l'appareil théorique des médecins et autres soignants des armées contribuait à justifier la sévérité des états-majors. Les militaires qui présentaient des symptômes de dissociation ou qui étaient paralysés par leurs blessures de guerre psychologiques étaient souvent qualifiés d'hystériques, un terme infamant qui venait donner un vernis scientifique aux préjugés des généraux : les déserteurs et les guerriers traumatisés étaient des femmelettes.

Encore aujourd'hui, les blessures de guerre psychologiques suscitent l'incompréhension des civils, surtout dans une société comme celle du Canada, qui ne connaît pas la guerre sur son sol et envoie ses combattants dans des missions militaires très loin des regards. Sonya Jacques est psychologue auprès de ces militaires. Elle travaille à la clinique TSO (traumatismes liés au stress opérationnel) du Centre hospitalier universitaire de Québec. Les TSO sont une catégorie de troubles reconnus par l'OTAN et comprenant toutes les séquelles des opérations militaires. Il existe dix cliniques TSO au Canada, mises sur pied grâce à une initiative du lieutenant-général canadien à la retraite Roméo Dallaire. Après avoir commandé la Mission des Nations Unies pour l'assistance au Rwanda (MINUAR) visant à maintenir la paix durant le génocide en 1994 qui a fait plus de 800 000 victimes, ce haut-gradé a souffert d'importants troubles de santé mentale. De la même façon, la plupart des clients de Sonya Jacques sont des militaires et d'anciens combattants qui lui sont envoyés après avoir reçu un diagnostic d'état de stress post-traumatique dans lequel on observe des états dissociatifs. Certains d'entre eux ont défrayé la chronique après avoir été les auteurs de graves passages à l'acte, parfois avec des armes.

Sonya Jacques explique que certains de ces militaires présentent des symptômes dissociatifs : suppression de souvenirs liés à des événements traumatiques, coupure radicale par rapport au contenu affectif de ces souvenirs, retours brutaux d'épisodes de guerre dans la vie paisible, quand les mécanismes de protection flanchent. La psychologue considère l'absorption comme la première manifestation de dissociation. L'absorption est un gel des réactions émotives et une absence partielle, accompagnée de pertes de mémoire. Sonya Jacques raconte, par exemple, qu'un soldat s'était rendu dans Charlevoix avant d'aller à son bureau, mais qu'il ne se souvenait pas du tout comment il avait fait ce voyage, ni pourquoi.



Le travail de Sonya Jacques, psychologue à la clinique TSO de Québec, est d'aider les patients traumatisés à digérer leurs émotions et à en désamorcer le pouvoir explosif. Elle les aide à donner un sens à l'événement qui les a traumatisés et à recoller les fragments de souvenirs et d'émotions pour en faire une histoire complète.

Lors d'épisodes dissociatifs plus avancés, lorsque les soldats revivent des événements traumatiques et qu'ils sont submergés par la terreur et d'autres éléments du contenu émotif, les perceptions sont altérées. Les soldats entendent les voix de prisonniers, ou revoient en détail une scène d'embuscade. Ils éprouvent aussi des douleurs physiques à cause de blessures pourtant guéries depuis longtemps et ils sentent des odeurs inexistantes. Un jour, un patient est entré dans le bureau de Sonya Jacques en disant : « Ça sent le sang. » Après quoi il a sécurisé le bureau pour se préparer à une attaque. Dans ses conférences, la psychologue précise qu'il ne faut pas tenter de reconforter les militaires en crise dissociative en les touchant : « Ils pourraient me prendre pour un milicien serbe, et ça pourrait être dangereux. »

Des événements anodins peuvent accidentellement replonger des vétérans dans des traumatismes, qu'ils

peuvent revivre avec une acuité telle qu'ils perdent contact avec la réalité. En 1943, Gilles Lamontagne, ancien maire de Québec, a vu son avion s'écraser en flammes au-dessus de la Hollande occupée, après une mission de bombardement.

Il a survécu, mais il a été capturé et détenu jusqu'à la fin de la guerre dans des conditions concentrationnaires. Il raconte que le simple fait d'entendre un chien aboyer peut le replonger des décennies en arrière, et lui faire revivre la faim, le froid et la terreur nazie. Des odeurs, des couleurs peuvent avoir le même effet, un phénomène qu'on observe aussi chez les victimes de viols et de crimes. Sonya Jacques évoque à cet égard la célèbre scène de dissociation, du début du film *Apocalypse Now* : quand le capitaine Willard fixe le ventilateur au plafond de sa chambre à Saïgon, il se met à entendre des hélicoptères et il se croit au combat dans la jungle.

13.2.1 Une description clinique des troubles dissociatifs

Dans les sections qui suivent sont présentés la dépersonnalisation/déréalisation, l'amnésie dissociative et le trouble dissociatif de la personnalité, de même que les principaux traitements de ces troubles dissociatifs.

La dépersonnalisation/déréalisation

La **dépersonnalisation/déréalisation** est le trouble le plus courant et le moins grave des troubles dissociatifs. Il est caractérisé par une perte des repères de familiarité (voir l'encadré 13.5 à la page suivante). Les personnes qui en sont atteintes se sentent étrangères à ce qu'elles vivent et elles ont l'impression d'être catapultées dans un monde irréel. On observe ce sentiment d'irréalité dans plusieurs troubles mentaux, notamment dans les attaques de panique et le trouble de la personnalité borderline (Boon et Draijer, 1991). Il constitue l'élément principal du diagnostic de la dépersonnalisation (Steinberg, 1991).

La dépersonnalisation est souvent une réaction à un événement traumatique. Elle est accompagnée de distorsions perceptives caractérisées par une incapacité à absorber les stimuli. La présence au corps et la perception de la douleur sont également altérées (Maltais et Rheault, 2005). Par exemple, un individu peut se sentir comme un robot et dire : « Je ne suis personne » ou « Mes pensées ne m'apparaissent pas comme étant les miennes ». Par la déréalisation, la personne dit se sentir comme dans un rêve ou une bulle, séparée du monde environnant par un voile ou un mur de verre. Le monde extérieur est perçu comme artificiel, sans couleur ou sans vie. Ces impressions font souvent en sorte que la personne a peur de « devenir folle ». Selon le DSM-5, 2% de la population éprouverait de la dépersonnalisation/déréalisation au cours de sa vie, avec une proportion équivalente d'hommes et de femmes.

Dépersonnalisation

Trouble dissociatif caractérisé par l'impression que sa propre expérience est irréelle.

Déréalisation

Sentiment d'irréalité à l'égard des personnes et des choses environnantes.

ENCADRÉ 13.5 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour la dépersonnalisation/déréalisation

- A** Expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation, ou bien des deux :
 1. Dépersonnalisation : expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (p. ex. altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique).
 2. Déréalisation : expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (p. ex. les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés).
- B** Pendant les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte.
- C** Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D** La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue [ou un médicament donnant lieu à un abus] ou à une autre affection médicale (p. ex. des crises comitiales).
- E** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme une schizophrénie, un trouble panique, un trouble dépressif caractérisé, un trouble stress aigu, un trouble stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

L'amnésie dissociative

Amnésie dissociative

Perte de mémoire localisée ou généralisée causée par un traumatisme psychologique et non par une affection neurologique.

L'**amnésie dissociative** se caractérise par des pertes de mémoire généralisées ou localisées, qui surviennent à la suite d'un traumatisme psychologique (voir l'encadré 13.6). Pour désigner ce trouble, on parlait autrefois d'amnésie psychogène. Cette appellation avait l'avantage de mettre en relief le fait que les pertes de mémoire n'étaient pas liées à des lésions au cerveau, comme celles causées par des accidents vasculaires et cérébraux, par exemple. C'est la charge émotionnelle liée à un événement qui entraîne des perturbations cognitives se manifestant par la perte de souvenirs. L'oubli peut se limiter au contexte de l'événement traumatique (amnésie localisée ou sélective) ou entraîner des pertes massives de mémoire (amnésie globale de son identité et de son histoire). Les souvenirs ne sont pas effacés de la mémoire, ils sont seulement dissociés, séparés des autres contenus. Les liens qui permettent le rappel de l'information sont brouillés ou coupés, mais l'information oubliée peut revenir à la conscience, parfois fortuitement. Une sensation, par exemple, peut occasionner un rappel inattendu de souvenirs perdus dont le contenu affectif peut accabler la personne concernée (Markowitsch, 2003). Un départ soudain ou inattendu du domicile ou du travail est parfois associé

ENCADRÉ 13.6 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'amnésie dissociative

- A** Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal. [...]
- B** Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C** La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. l'alcool, un médicament ou d'autres drogues donnant lieu à un abus) ou à une autre affection neurologique ou médicale (p. ex. des crises comitiales partielles complexes, une amnésie globale transitoire [...]).
- D** La perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble stress post-traumatique [...].

Avec fugue dissociative : Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations autobiographiques importantes. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

à l'amnésie dissociative. Il s'agit d'une **fugue dissociative**. Selon le DSM-5, 1,8 % de la population adulte pourrait vivre une amnésie dissociative, dont 1 % d'hommes et 2,6 % de femmes.

Le trouble dissociatif de l'identité

Le trouble dissociatif le plus controversé est le **trouble dissociatif de l'identité**, souvent encore désigné sous son ancien nom, le trouble de personnalité multiple. Ce trouble spectaculaire présente tous les phénomènes dissociatifs poussés à leur paroxysme : la dépersonnalisation, l'amnésie et la fugue dissociative (Martin, Gagné et O'Neill, 2011).

La caractéristique principale du trouble dissociatif de l'identité est la coexistence, chez une même personne, de plusieurs personnalités, qu'on nomme parfois *alters*, qui se manifestent tour à tour. Ces personnalités peuvent paraître autonomes, mais on considère qu'elles constituent en fait une fragmentation d'aspects d'une seule identité. Plutôt que d'intégrer des traits contradictoires dans l'ensemble unique que constitue leur personnalité, les personnes atteintes de ce trouble voient apparaître séparément chacun des penchants de leur caractère. Un critère diagnostique important est l'amnésie (voir l'encadré 13.7 à la page suivante), ou plus exactement la fragmentation de la mémoire : la personne atteinte de ce trouble ne peut assembler les différents états de son identité dans un seul récit de vie cohérent. Quand elle vit un de ses états de personnalité, elle oublie ce qu'ont vécu ses autres états de personnalité (Ross, 1997).

Fugue dissociative

Départ imprévu du domicile et errance associés à des pertes de mémoire et à une amnésie identitaire.

Trouble dissociatif de l'identité

Trouble dissociatif marqué par une fragmentation de l'identité (une seule personne présente plusieurs personnalités).

ENCADRÉ 13.7 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble dissociatif de l'identité

- A** Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de [ses actions], accompagnée d'altérations, en rapport avec l'identité, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.
 - B** Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.
 - C** Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - D** La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise.
- N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination.
- E** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. [...] intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. des crises comitiales partielles complexes).

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Gueffé et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Le trouble dissociatif de l'identité est à distinguer des troubles délirants. Contrairement à ce qu'on observe dans les délires psychotiques, la fragmentation de la personnalité n'est pas associée à des dérèglements de la chimie du cerveau, ni d'ailleurs à une désorganisation du comportement.

Selon Ross (1997), le trouble dissociatif de l'identité est lié à des traumatismes graves qui affectent le développement de l'identité dès l'enfance. L'identité est une construction complexe qui se transforme tout au long de la vie et qui permet l'intégration de l'expérience de vie (Steinberg, 2008). En ce sens, la fragmentation de l'identité peut être considérée comme l'expérience de dissociation la plus extrême. La dissociation de l'identité serait à la base un mécanisme de survie permettant à la personne de s'évader dans un monde imaginaire. Putnam (1997) considère le trouble dissociatif de l'identité comme une forme grave de stress post-traumatique. Les stress de la vie adulte conduisent d'ailleurs à de nouvelles dissociations et à l'apparition de nouvelles personnalités.

Il existe peu de données cliniques sur le trouble dissociatif de l'identité. Les quelques cas étudiés indiquent que les traumatismes associés au trouble sont généralement des abus physiques, sexuels ou psychologiques graves subis durant l'enfance (Ross, 1997). Le cas le plus célèbre est celui de Sybil Dorsett, dont la biographie a été portée à l'écran par Daniel Petrie en 1976 dans son film *Sybil*. Avant la thérapie qui lui aurait permis de défragmenter son identité, Sybil présentait pas moins de 16 personnalités distinctes. La mère de Sybil était

EXERCICE 13.4 | La distinction entre les différents troubles dissociatifs

Vrai ou faux ?

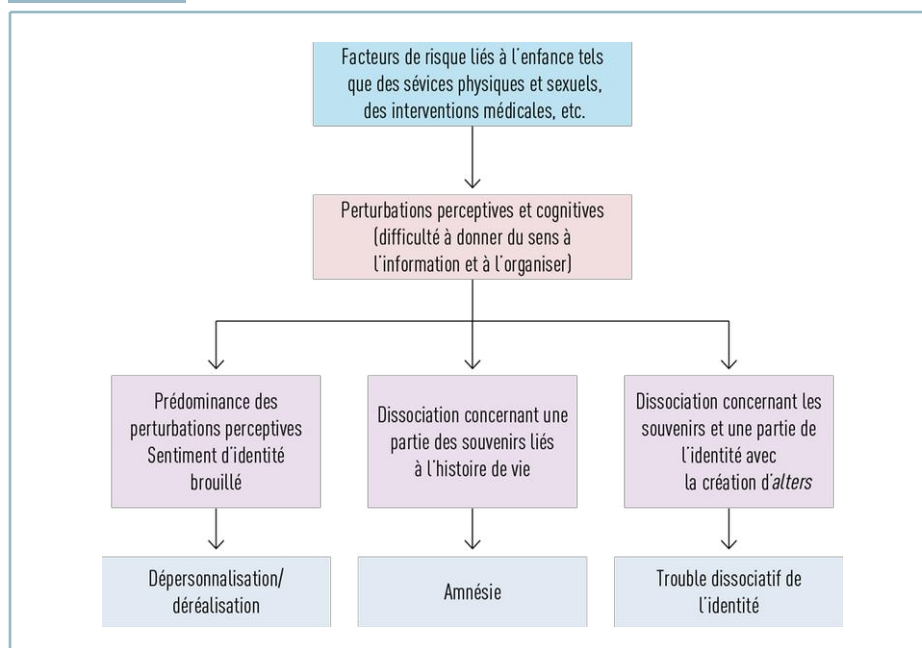
1. L'amnésie dissociative est un trouble lié à un problème neurologique.
2. L'amnésie dissociative avec fugue dissociative comporte des pertes de mémoire.
3. Les troubles dissociatifs entraînent une altération des perceptions.
4. L'existence réelle du trouble dissociatif de l'identité est contestée.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

schizophrène et lui aurait fait subir, tout au long de son enfance, des tortures génitales pour la « préparer » à la sexualité adulte. La véracité de cette histoire a pourtant été largement remise en doute (Nathan, 2011).

En effet, malgré qu'il paraisse mettre en lumière les phénomènes de la dissociation, le trouble dissociatif de la personnalité est contesté. Spanos (1996) remet en question la pertinence de ce diagnostic et considère qu'il est le fait de personnes subissant la suggestion de leur thérapeute. De son point de vue, le trouble dissociatif de la personnalité ne serait qu'une sorte de curiosité de foire à bannir du *DSM*. Selon une boutade assassine, il existerait davantage de films hollywoodiens sur le trouble de la personnalité multiple que de cas réellement documentés. Une enquête canadienne menée auprès de professionnels de la santé mentale révèle d'ailleurs que moins du tiers d'entre eux prennent ce diagnostic au sérieux (Lalonde *et al.*, 2001). Pourtant, selon le *DSM-5*, 1,5% de la population adulte présenterait des symptômes du trouble dissociatif de l'identité (voir la figure 13.1).

Figure 13.1 Les troubles dissociatifs





Les troubles de symptômes somatiques et apparentés, de même que les troubles dissociatifs révèlent la force des capacités de suggestion, comme le montre aussi l'hypnose. Des symptômes physiques et psychologiques réels peuvent émerger de facteurs psychologiques.

13.2.2 Le traitement des troubles dissociatifs

Il n'existe pas de traitements spécifiquement conçus pour les troubles dissociatifs. Les traitements qui sont utilisés sont sensiblement les mêmes que ceux auxquels on a recours pour soigner l'état de stress post-traumatique (Martin, Gagné et O'Neill, 2011). La psychothérapie est privilégiée par rapport à la pharmacothérapie. Trois approches psychothérapeutiques sont davantage utilisées : l'approche cognitive, l'hypnothérapie et la thérapie par l'art.

La thérapie cognitive aide les personnes atteintes de troubles dissociatifs à réintégrer leurs affects et leurs souvenirs. La reconstruction d'un récit de vie cohérent permet aussi à ces personnes de solidifier leur sentiment d'identité et de se réapproprier des aspects perdus d'elles-mêmes (Van der Hart et Boon, 1993). Le processus thérapeutique tente d'aider les personnes à faire face à leurs souvenirs réprimés et insupportables, à vivre leurs émotions pour les surmonter et à mettre au point des stratégies d'adaptation (Van der Kolk, Van der Hart et Marmar, 1996).

Les thérapies parallèles sont aussi mises largement de l'avant pour traiter les troubles dissociatifs, peut-être à cause de la complexité de ces troubles et de leur rareté. L'hypnothérapie a été utilisée auprès des amnésiques dès le 19^e siècle. Elle sert encore à retrouver les souvenirs perdus ou réprimés, parfois avec des résultats mitigés. La véracité de certains des souvenirs qui remontent à la surface par hypnose a été contestée, notamment chez les patients qui se replongent dans des souvenirs d'abus sexuels. Certains de ces souvenirs seraient le produit de la suggestion du thérapeute (Markowitsch, 2003). La thérapie par l'art est un autre moyen proposé pour aider des amnésiques à recouvrer leurs souvenirs avec leur contenu affectif. Cette stratégie thérapeutique est notamment utilisée avec des enfants et des adolescents victimes d'abus sexuels (Pifalo, 2002).

EN RELIEF

L'hypnothérapie, de Mesmer à Erickson

Par Charles Martin, M.A., psychologue

C'est à l'occasion d'une commission royale nommée par Louis XVI en 1784 et à laquelle ont participé Antoine Lavoisier et Benjamin Franklin, que le père de l'hypnothérapie, Anton Mesmer, est condamné pour charlatanisme à une peine d'exil. Selon Mesmer, l'univers baigne dans un fluide qui assure l'équilibre énergétique du monde, et la maladie est un dérèglement de ce fluide. Grâce à des passes magnétiques du thérapeute, le patient pourra retrouver cet équilibre et guérir. La commission ne l'a pas cru...

Durant son exil, Mesmer vit en Angleterre, nouvelle patrie qui le reçoit avec gloire : d'ailleurs, les Anglais utilisent encore aujourd'hui le terme *mesmerized* pour qualifier l'état d'hypnose.

Au siècle suivant, l'hypnose connaît un regain d'intérêt, entre autres grâce à la notoriété de Charcot à Paris et de Bernheim à Nancy, puis de Freud, qui a été l'élève de Charcot (*voir le chapitre 1 et le début de ce chapitre*). Par la suite, il faut attendre encore de nombreuses années avant que l'hypnothérapie redevienne une approche thérapeutique reconnue dans le milieu de la santé. Milton Erickson est l'un de ceux qui ont permis à l'hypnose clinique de prendre une place de premier plan dans le traitement de la douleur physique et mentale.

En 1918, à l'âge de 17 ans, Erickson subit une violente attaque de poliomyélite. Il entend les médecins annoncer à sa mère qu'il en mourra. Il tombe alors dans le coma et se réveille trois jours plus tard, paralysé. Pendant des mois, il ne peut qu'entendre, observer et ressentir ce qui se passe autour de lui.

Alors qu'il est témoin de sa petite sœur apprenant à marcher, il visualise et répète mentalement tous les mouvements de la marche. C'est ainsi qu'il réussit à retrouver l'usage de ses membres. Cette expérience marque profondément le jeune homme, qui découvrira l'hypnose en troisième année de médecine dans les séminaires du D^r Hull.

Pour Erickson, tout être humain a connu spontanément des moments de transe hypnotique. Cet état hypnotique est une façon de protéger l'organisme contre des chocs trop violents et d'en prévenir les conséquences. L'hypnothérapie réactive les fonctions naturelles de guérison dont dispose chaque

individu. La suggestion par la métaphore est un outil que privilégie Erickson. Elle permet d'avoir accès à l'inconscient de l'individu et de déclencher les mécanismes qui permettent de recouvrer la santé.

L'approche ericksonnienne est maintenant utilisée un peu partout dans le monde : les psychiatres, les médecins psychologues et les dentistes s'en servent de plus en plus. En 2004, Pierre Rainville, professeur titulaire de stomatologie à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, a réalisé les premières images du cerveau sous hypnose qui confirment que les changements induits par l'hypnose sont marqués et fiables.

EN RELIEF

Qu'est-ce que l'art-thérapie ?

L'art-thérapie est un moyen thérapeutique permettant d'exprimer, à travers l'art, ce qu'il est parfois difficile d'exprimer autrement, notamment avec les mots. Elle consiste à réaliser des œuvres qui soulagent la souffrance et à s'accorder un moment pour soi.

Brisons d'abord deux mythes à propos de l'art-thérapie : il n'est pas nécessaire d'avoir de l'expérience dans l'expression artistique pour participer aux ateliers et il ne s'agit pas d'un cours de dessin ou de peinture, mais bien d'un processus thérapeutique. En effet, de nombreuses personnes se freinent elles-mêmes dès l'amorce du processus ou durant celui-ci à cause d'une anxiété de performance. Pour cette raison, les art-thérapeutes ont, parmi leurs règles, un interdit de performance esthétique. Bien sûr, cela n'empêche pas d'éprouver de la satisfaction face aux œuvres créées, mais le but premier de l'art-thérapie est d'exécuter des œuvres « parlantes », de s'exprimer et non de « faire une œuvre belle ».

La règle primordiale sur laquelle se fonde l'art-thérapie est celle-ci : la seule personne détentrice du sens de l'œuvre est la personne qui l'a créée. Ainsi, le rôle de l'art-thérapeute consiste à accompagner la personne, à soutenir l'élaboration de l'œuvre et pas nécessairement à l'interpréter. Quel atelier se déroule individuellement ou en groupe, l'art-thérapeute s'adapte au rythme et aux besoins des participants ; il demeure disponible auprès de ceux qui le désirent pour parler des œuvres, soit pendant leur réalisation, soit après. Le but est de soutenir le processus de construction de sens. Lorsque les participants sont suivis par d'autres professionnels, par exemple dans un centre hospitalier, ils sont invités à poursuivre la

mise en paroles des œuvres avec les autres professionnels s'ils le souhaitent. D'ailleurs, l'expérience montre que l'expression artistique peut débloquent des contenus psychiques et faire avancer, grâce à un principe de résonance, la thérapie verbale traditionnelle.

Un des intérêts de l'art-thérapie est que l'œuvre donne l'occasion à l'individu d'accomplir ce qu'il ne se permettrait pas en société ou ne s'autoriserait pas s'il était seul. Une toile peut faire apparaître l'invisible et ce qui était jusque-là non représentable. Un psychodrame peut permettre à une scène de vie impossible d'exister. La musicothérapie autorise les bruits qu'on ne se permet pas et de s'entendre véritablement, peut-être pour la première fois.

On peut se demander ce qui est réellement « thérapeutique ». Est-ce le moment que l'on s'accorde à soi ? Est-ce le fait d'être en présence d'une autre personne qui nous aide à nous contenir ou à déborder de façon relativement contrôlée ? Est-ce la possibilité de s'exprimer, de se dévouer, de sortir de ses habitudes, de prendre le risque d'expérimenter un nouveau mode d'expression ? Est-ce le fait d'arrêter le flot des pensées qui nous assaillent et de se distraire ? Ou est-ce plutôt le fait de se découvrir à travers une série d'œuvres qui sont des créations personnelles ? La réponse réside sans doute dans un amalgame de tout ce qui précède.

Ainsi, l'art-thérapie est thérapeutique parce qu'elle permet de se découvrir, de se transformer et de (se) créer. Le paradoxe est qu'en passant par un certain oubli de soi, à travers le médium choisi et la forme choisie durant la création de l'œuvre, on se rapproche de soi.

RÉSUMÉ



Fiche de révision

Les troubles somatiques et les troubles apparentés

- Les troubles somatiques et les troubles apparentés sont un ensemble de troubles caractérisés par des symptômes physiques ou des préoccupations concernant le corps. En général, ces troubles n'ont pas de cause organique et ne sont associés à aucun dérèglement neurologique. Par contre, ils sont associés à de la suggestibilité, à des traumatismes, à de l'anxiété ou à un mauvais apprentissage social.
- Les troubles somatiques et les troubles apparentés sont le trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie, le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle et le trouble factice.
- La crainte excessive d'avoir une maladie est la conviction constante et erronée d'être atteint de maladies graves.
- Le trouble à symptomatologie somatique est caractérisé par la présence, chez une personne, de symptômes somatiques perturbant sa vie ou entraînant une détresse.
- Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle est caractérisé par la présence d'une affection neurologique ou sensorielle grave dont la cause n'est pas organique.
- Le trouble factice est une simulation ou une production intentionnelle et niée de symptômes physiques ou psychologiques chez soi ou chez une autre personne en l'absence de récompense extérieure autre que de l'attention.
- Les traitements offerts pour aider les personnes aux prises avec un trouble somatique ou apparenté comprennent des thérapies de groupe, des interventions cognitives et comportementales. Ils reposent également sur la formation d'équipes multidisciplinaires au sein des milieux hospitaliers pour en faciliter le diagnostic.

Les troubles dissociatifs

- Les troubles dissociatifs sont caractérisés par des états altérés de conscience qui apparaissent et persistent de manière durable à la suite d'un traumatisme majeur. Ils incluent la dépersonnalisation/déréalisation, l'amnésie dissociative et le trouble dissociatif de l'identité.
- La dépersonnalisation/déréalisation est caractérisée par un sentiment d'irréalité à l'égard de sa propre expérience et de l'environnement.
- L'amnésie dissociative se caractérise par des pertes de mémoire plus ou moins généralisées et sans cause organique; elle est parfois accompagnée d'une fugue dissociative.
- Le trouble dissociatif de l'identité est caractérisé par la présence, chez une même personne, de plusieurs personnalités.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Association/Troubles de l'humeur et d'anxiété au Québec (ATHAQ)

www.ataq.org

Forum de discussion sur les troubles anxieux, avec des sections qui portent sur l'hypochondrie

www.phobies-zero.qc.ca/forum/index.php?sid=d0800e65acdlc7eda4b240191b0aa58a

Forum sur la santé mentale

www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=42271

Icotop et Télé-Québec. (2004). Troubles somatoformes, *Oppression*.

cve.grics.qc.ca/fr/2289/4443

Revivre

Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires
www.revivre.org

Slinger, H. (2011). *When the Devil Knocks, The Passionate Eye*.

curio.ca/fr/resultats-de-recherche/?q=When+the+Devil+Knocks

LES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Par Luce Marinier et Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

14.1	Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).....	357
14.1.1	Une description clinique du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	357
14.1.2	La prévalence du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	361
14.1.3	Les facteurs de risque liés au trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	362
14.1.4	Les traitements du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.....	363
14.2	Le trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	365
14.2.1	Une description clinique du spectre de l'autisme.....	365
14.2.2	La prévalence du spectre de l'autisme.....	368
14.2.3	Les facteurs de risque liés au spectre de l'autisme.....	368
14.2.4	Les traitements du spectre de l'autisme.....	369
14.3	Le handicap intellectuel.....	370
14.3.1	Une description clinique du handicap intellectuel.....	370
14.3.2	La prévalence du handicap intellectuel.....	371
14.3.3	Les facteurs de risque liés au handicap intellectuel.....	372
14.3.4	Les traitements du handicap intellectuel.....	373
14.4	Les troubles spécifiques des apprentissages.....	374
14.4.1	Une description clinique des troubles spécifiques des apprentissages.....	374
14.4.2	La prévalence des troubles spécifiques des apprentissages.....	375
14.4.3	Les facteurs de risque liés aux troubles spécifiques des apprentissages.....	376
14.4.4	Les traitements des troubles spécifiques des apprentissages.....	376
14.5	Les autres troubles neurodéveloppementaux.....	377



Entre la naissance et la puberté, toutes les dimensions humaines de l'existence subissent des métamorphoses. Le corps décuple de poids et de taille, en même temps qu'il change radicalement de proportions et d'apparence. Les capacités cognitives évoluent de l'absence complète de conscience chez les nourrissons à la maîtrise du langage, à la capacité de pensée abstraite et au sentiment complexe de l'identité chez les adolescents et les adultes. Parallèlement à cette formation du corps et à cette émergence cognitive, le développement moteur permet une prise de contrôle graduelle sur le corps. Les habiletés motrices progressent, des réflexes involontaires des nouveau-nés jusqu'à la capacité des adolescents à pratiquer un sport, à taper des messages sur un clavier minuscule ou à jouer d'un instrument de musique. Sur le plan social et émotif, la métamorphose consiste à croître de la dépendance complète du nourrisson jusqu'à l'autonomie, la capacité d'engagement et l'aptitude à prendre des responsabilités de jeunes adultes.

Norme

En psychologie du développement, description des séquences de développement permettant de comparer un enfant avec la moyenne des autres enfants.

Dans toutes ces sphères, le développement est ordonné en séquences. Dans le développement moteur, par exemple, la maîtrise des mains précède la maîtrise de la station debout. Dans l'acquisition du langage, la compréhension précède la production (Pinker, 1994). Et dans le développement cognitif, les spécialistes décrivent des stades : les jeunes enfants comprennent les notions de temps et d'espace, les plus vieux manifestent la pensée logique (Piaget, 2005). Les séquences et les stades étant décrits, des **normes** permettent de comparer les progrès accomplis par un enfant relativement à la moyenne des enfants de son âge. C'est ainsi qu'on sait par exemple que 90 % des enfants sont capables de construire des phrases simples à 24 mois (Pinker, 1994), et que 80 % des enfants de 8 mois peuvent se tenir debout (Santrock, 2007).

Maturation neuronale

Séquence ordonnée génétiquement d'achèvement et de mise en fonction du système nerveux.

L'ordre séquentiel indique que le développement est régi par un plan inscrit dans les gènes, notamment par la **maturation neuronale** du système nerveux. À la naissance, les cellules nerveuses sont incomplètes. Elles sont aussi encore en processus de multiplication et d'établissement de connexions entre elles. En fait, la mise en fonction de toutes les parties du cerveau est si complexe qu'elle n'est pas achevée avant la fin de l'adolescence (Craik et Bialystok, 2006). Or, c'est la maturation du système nerveux qui rend possible le développement cognitif, moteur et social.

Si les séquences du développement de l'enfant sont déterminées par les gènes, le milieu est tout aussi important : sans une stimulation adéquate, le potentiel génétique risque de ne pas s'accomplir. Il existe des périodes de plus grande fragilité et de plus grande réceptivité aux influences du milieu dans tous les domaines du développement. On nomme ces intervalles de temps des périodes critiques ou périodes sensibles. Pour donner un exemple spectaculaire, si un enfant n'a pas été exposé au langage avant l'âge de 5 ans, son

cerveau risque d'avoir de grandes difficultés à l'apprendre, ou même ne pas y arriver du tout, même si on le stimule par la suite. On a observé cette réaction chez les quelques cas d'enfants privés d'échanges verbaux (négligés par leurs parents ou trouvés en forêt après qu'ils aient été allaités par des animaux) (Sakai, 2005). De même, la consommation massive d'alcool par une femme enceinte, si elle survient pendant une période critique du début de la grossesse, peut entraver irrémédiablement la maturation neuronale de l'embryon et causer chez l'enfant le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Un retard ou une anomalie importante dans l'une des séquences de croissance peut indiquer la présence d'un trouble neurodéveloppemental. Des perturbations de la maturation neuronale constituent un facteur déterminant dans la plupart de ces troubles. Des anomalies génétiques sont à l'origine de certains troubles neurodéveloppementaux, comme celle qui cause le syndrome de Down. Mais les troubles neurodéveloppementaux dont l'origine unique est une anomalie génétique ne sont pas les plus fréquents. Les troubles neurodéveloppementaux sont généralement liés à l'interaction de facteurs de risque biologiques, psychologiques et sociaux.

Les troubles neurodéveloppementaux se déclarent durant l'enfance, mais ils affectent à des degrés divers tout le cycle de la vie. Les quatre principaux troubles neurodéveloppementaux sont: 1) le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH); 2) le trouble du spectre de l'autisme (TSA); 3) le handicap intellectuel; 4) les troubles spécifiques des apprentissages, le plus fréquent de ces troubles étant la dyslexie.



La maturation du système nerveux rend possible le développement cognitif, moteur et social. Cependant, le cerveau des enfants a besoin de stimulation pour activer son potentiel.

14.1 Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Les sections suivantes présentent la description du trouble déficit de l'attention/hyperactivité, dont ses critères diagnostiques, sa prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à son apparition, de même que ses principaux traitements.

14.1.1 Une description clinique du trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Il existe de grandes différences de tempérament entre les enfants. Le tempérament est un ensemble de traits innés qui se manifestent tout au long de la vie, souvent parce que le milieu a contribué à leur expression. Déjà chez les nourrissons, on distingue les bébés faciles des bébés difficiles (Rettew, 2013). Les bébés faciles se laissent consoler aisément et font rapidement leurs nuits. Au contraire, les bébés difficiles pleurent beaucoup, ont des rythmes irréguliers et accaparent davantage leurs donneurs de soins. S'engage alors un cercle vicieux: les demandes répétées du bébé augmentent le risque que les parents (et autres gardiens) deviennent impatients. À l'âge scolaire, ces différences de tempérament

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Trouble neurodéveloppemental caractérisé par de l'inattention ou de l'hyperactivité et de l'impulsivité.

peuvent se manifester par divers degrés de turbulence ou d'aptitudes scolaires. Certains enfants sont sages et montrent une facilité précoce à prendre des responsabilités. D'autres font du tumulte et ont des comportements imprévisibles. Certains enfants et adultes ont aussi de la difficulté à se conformer aux exigences de la vie scolaire ou professionnelle. Ils ont du mal à rester assis et concentrés. Le caractère statique et collectif de plusieurs tâches convient mal à leur tendance à bouger ou à leur difficulté à rester absorbés dans une tâche. L'incapacité à demeurer attentif et concentré sur un travail peut être suffisamment importante pour qu'on diagnostique un **trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)**. Jusqu'à récemment, on considérait que le TDAH ne concernait pas les adultes (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012). On estime pourtant que de 30 à 70 % des enfants ayant un diagnostic de TDAH continuent de présenter des symptômes de la maladie à l'âge adulte (Wender, Wolf et Wasserstein, 2001). C'est surtout l'inattention qui perdure, davantage que l'hyperactivité ou l'impulsivité. L'achèvement de la maturation du cerveau durant l'adolescence et jusqu'au début de l'âge adulte, notamment la maturation du cortex préfrontal, favorise le développement de la maîtrise du comportement (Giedd, 2008). L'impulsivité peut cependant changer de forme. À la turbulence des enfants peuvent succéder des problèmes de dépendance aux drogues ou des comportements à risque comme la conduite automobile dangereuse ou les sports extrêmes. L'encadré 14.1 présente les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le TDAH.

ENCADRÉ 14.1 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble déficit de l'attention/hyperactivité

- A** Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :
1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : [...] Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

 - 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 (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
 - b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
 - c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
 - 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 (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
 - e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
 - f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
 - g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
 - h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

On considère trois types de troubles déficits de l'attention/hyperactivité selon la nature des symptômes prédominants. Le premier type a pour signe distinctif une prédominance d'inattention, et le deuxième, une prédominance d'hyperactivité et d'impulsivité. Quant au type combiné, il est caractérisé autant par de l'inattention que par de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Les deux premiers types concernent des enfants aux profils comportementaux très différents. Les

i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : [...] Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
- d) Est souvent incapable de 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 » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f) Parle souvent trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).

i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

- B** Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C** Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).
- D** On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- E** Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Spécifier le type :

314.01 (F90.2) Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité et impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

314.00 (F90.0) Présentation inattentive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli mais pas le critère A2 (hyperactivité et impulsivité).

314.01 (F90.1) Présentation hyperactive et impulsive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité et impulsivité) est rempli mais pas le critère A1 (inattention). [...]

enfants qui présentent une prédominance d'inattention sont plutôt lunatiques et peuvent passer inaperçus. Au contraire, ceux qui présentent une prédominance d'hyperactivité et d'impulsivité sont turbulents et accaparent l'attention des adultes. Les trois types sont pourtant liés aux mêmes particularités neurologiques et sont traités avec les mêmes médicaments.

Inattention

Difficulté à maintenir sa concentration.

L'**inattention** est un symptôme cognitif qui se manifeste par la difficulté à rester concentré. Typiquement, les enfants inattentifs commencent plusieurs tâches qu'ils laissent en plan. Par exemple, ils sortent plusieurs jouets pour à peine y toucher ou commencent un dessin sans le terminer. En classe ou dans n'importe quelle tâche qui demande de l'attention soutenue, les enfants inattentifs se laissent facilement distraire et procrastinent. Tout stimulus saillant peut capter leur attention mouvante et leur faire perdre le fil de leur travail scolaire.

L'inattention se manifeste aussi dans les faibles capacités d'écoute. Les enfants inattentifs demandent beaucoup de ressources de patience de la part de leurs parents et de leurs enseignants, parce qu'il faut constamment leur répéter les consignes ou les instructions. Cet aspect de l'inattention explique aussi en partie le faible statut social de plusieurs enfants aux prises avec un TDAH : leur faible capacité d'écoute en fait des partenaires de conversation difficiles, et ce, tant pour les autres enfants que pour les adultes (Pelletier, 2009).

Hyperactivité

Difficulté à contrôler sa motricité qui se manifeste par une activité désordonnée et de l'impatience.

L'**hyperactivité** est un symptôme moteur qui se manifeste par de l'incapacité à tenir en place et de l'impatience (Falardeau, 2006). Les enfants hyperactifs ont par exemple du mal à rester assis en classe ou à faire la queue à la cafétéria. Dans l'autobus scolaire ou en auto, leurs mouvements constants peuvent constituer un danger. Comme l'inattention, l'hyperactivité motrice influence indirectement le statut et les liens sociaux des enfants aux prises avec un TDAH. Leurs mouvements constants sont souvent perturbateurs, si bien que les adultes doivent user d'autorité plus souvent avec eux qu'avec les autres enfants.

Impulsivité

Difficulté à contrôler son comportement qui se manifeste par des gestes irréfléchis.

L'**impulsivité** est un symptôme comportemental dont la caractéristique est un faible contrôle des impulsions (Revol et Brun, 2010). Alors que la plupart des enfants intègrent les normes de comportements ou se concentrent sur des objectifs à long terme, les enfants impulsifs réagissent trop fortement aux stimulations présentes dans leur environnement. Ils peuvent interrompre l'enseignant ou s'imposer dans une conversation. À l'occasion de jeux, ils peuvent avoir du mal à attendre leur tour ou à respecter les consignes. L'impulsivité entraîne encore plus de rigueur de la part des adultes que l'hyperactivité, car les enfants impulsifs peuvent agir de façon irréfléchie et irresponsable, comme jouer avec le feu ou être responsables de destructions gratuites.

Les symptômes du TDAH entraînent des conséquences qui influent sur presque tous les aspects de la vie des enfants et des adultes atteints. L'impact le plus fréquent et le plus évident du TDAH est l'insuccès scolaire, des difficultés au travail et dans la vie sociale. L'incapacité à se concentrer et à finir une tâche entrave la manifestation des talents. L'inattention empêche la rétention d'information. Quant à l'hyperactivité, elle constitue un handicap à l'accomplissement de projets qui requièrent de la collaboration et de l'investissement d'énergie à long terme. Sur le plan physique, les mouvements impulsifs et désordonnés associés au manque de jugement expliquent que les enfants chez qui on a diagnostiqué un TDAH se blessent plus aisément que les autres enfants (Charach, 2010).

Du point de vue social et émotif, le TDAH peut créer un cercle vicieux (Pelletier, 2009). Les comportements inattentifs, hyperactifs ou impulsifs suscitent souvent l'irritation des adultes et des autres enfants. Les enfants aux prises avec un TDAH peuvent subir de l'ostracisme de la part de leurs pairs et être victimes d'une plus grande sévérité de la part des figures d'autorité. Leur faible statut social influe en retour sur leur estime personnelle. De plus, leurs insuccès scolaires les confirment dans leurs jugements négatifs sur eux-mêmes. En somme, ces enfants sont amenés à percevoir autour d'eux un ensemble de signaux négatifs à un âge où ils construisent leur image personnelle et se forment une idée de leur valeur. Or, le manque de confiance en soi est un facteur peu propice à l'acquisition de la maîtrise de soi. À l'âge adulte, souvent on observe ces séquelles sur le plan de l'estime personnelle. C'est pourquoi un entourage informé capable de distinguer le TDAH d'un handicap intellectuel, par exemple, peut prévenir l'aggravation des difficultés.

EXERCICE 14.1 | Les différents cas de TDAH

Associez chacun des cas à l'un des types de TDAH suivants : avec prédominance d'inattention, avec hyperactivité et impulsivité, ou modérée.

1. Les parents de Simon ont beaucoup de mal à le faire garder. Il a la mauvaise réputation d'être un petit diable. Il est bruyant, impossible à coucher. Simon fait des crises quand il a faim, mais quand vient l'heure du souper, il ne reste pas à table plus de 10 minutes. Il laisse un dégât derrière lui et part jouer dans le sous-sol, où il a déjà fait s'effondrer les étagères en essayant d'y grimper. Ses parents tentent d'établir des contrats avec lui devant les gardiennes, mais rares sont les adultes qu'il écoute. Dès que ses parents sont partis, Simon agit comme s'il n'avait rien entendu. Parfois, il s'installe devant la télévision, change constamment de poste, aucune émission ne parvenant à l'absorber.
2. Mylène est rarement ponctuelle : elle a du mal à planifier son horaire et elle oublie souvent ses clés, son sac à main ou son lunch. Parce qu'elle n'écoute pas bien lors des réunions de travail, ses collègues doivent lui répéter les tâches à effectuer et parfois la guider dans ses exécutions.

Ainsi, son employeur envisage la possibilité de la remercier, d'autant plus qu'elle ne remet pas toujours ses projets et que, lorsqu'elle le fait, c'est à la toute dernière minute.

3. Le petit Maxime sème la terreur au camp de vacances tellement il a d'énergie. Après les activités de plein air, il a très faim et bouscule ses camarades dans la file pour se rendre à la cafétéria. Mais ce qui frappe le plus les autres enfants et les moniteurs, c'est qu'il parle constamment. Maxime passe pour un « petit nerveux ». À l'occasion, il fait rire tout le monde à cause des grossièretés qu'il dit. C'est comme s'il était incapable de retenir le flot de ses paroles. Les moniteurs se fâchent parfois contre lui quand il les interrompt. Un soir au camp, Maxime a failli se blesser en jouant avec un canif auquel on lui avait interdit de toucher.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

14.1.2 La prévalence du trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Tous types confondus, le TDAH concernerait de 3 à 11 % des enfants et des adolescents au Québec, et de 2 à 5 % des adultes (Charach, 2010; Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012). Chez les enfants, ce trouble touche deux fois plus de garçons que de filles, et ce ratio diminuerait légèrement à

l'âge adulte. De plus, les filles sont plus susceptibles que les garçons de présenter les caractéristiques de l'inattention (APA, 2015).

Le TDAH concerne surtout les enfants d'âge scolaire, mais des comportements annonciateurs du trouble se manifestent dès l'âge de trois ou quatre ans. Une plus grande turbulence se manifeste chez ces enfants, ainsi qu'une tendance à s'opposer davantage à l'autorité des adultes. Les enfants inattentifs ou hyperactifs tardent aussi plus que les autres à apprendre à aller aux toilettes (Conners *et al.*, 2001).

On observe parfois d'autres troubles en santé mentale en association avec le TDAH. Les enfants particulièrement turbulents aux prises avec un TDAH reçoivent un diagnostic supplémentaire de trouble oppositionnel avec provocation ou de trouble des conduites. Ces enfants se montrent ouvertement hostiles à l'autorité des adultes et refusent de se conformer à des règles de vie en commun. Dans les cas les plus graves d'hyperactivité et d'impulsivité, le TDAH évolue aussi en trouble de la personnalité antisociale, un scénario qui s'observe presque seulement chez les garçons. Le TDAH est aussi fréquemment associé à des troubles spécifiques des apprentissages (Waschbusch, 2002).

14.1.3 Les facteurs de risque liés au trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Les données disponibles indiquent que des prédispositions génétiques favorisent l'apparition du TDAH. Les études portant sur les familles montrent que la probabilité est plus élevée d'observer le TDAH chez des personnes apparentées (Brière et Savard, 2007). D'autres troubles de la santé mentale, notamment le trouble de l'usage d'une substance et le trouble des conduites, sont aussi plus fréquents dans les familles des enfants aux prises avec un TDAH. Ces relations pourraient indiquer l'existence de gènes qui prédisposent à plusieurs troubles présentant des aspects de déficits de la maîtrise des conduites. Il est également possible que ces liens s'expliquent en partie par des conditions socioéconomiques (la pauvreté, par exemple) et des pratiques éducatives (une grande permissivité, par exemple) qui affectent tous les membres de ces familles (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012).

Des parties du cerveau sont plus petites chez les enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH que chez les autres enfants. Il s'agit principalement du cortex frontal et des noyaux gris centraux, qui jouent un rôle dans le contrôle exécutif du comportement ainsi que dans la préparation et le contrôle des mouvements volontaires (Hart *et al.*, 2012).

Les circuits neuronaux de la dopamine et de la sérotonine joueraient aussi un rôle dans les symptômes du TDAH. La dopamine est un neurotransmetteur précurseur de l'adrénaline. La présence de davantage de dopamine dans le cerveau est associée à la prise de risques, et aussi à la toxicomanie (Landry et Gies, 2009). Quant à la sérotonine, elle joue notamment un rôle dans le contrôle moteur et dans l'anxiété.

S'il semble que des facteurs génétiques jouent un rôle dans la neurologie du TDAH, un facteur environnemental a aussi été associé à une plus grande incidence du trouble. Ce facteur est le tabagisme maternel pendant la grossesse.

Fumer durant la grossesse pourrait affecter le développement neuronal de l'embryon. D'ailleurs, le tabagisme maternel est aussi associé à des troubles d'apprentissage (Revol et Brun, 2010). La pollution de l'air et de l'eau ainsi que la contamination des aliments par des pesticides pourraient aussi être des facteurs contribuant à une augmentation des cas de TDAH au cours des dernières années (Hammarrenger, 2013).

Par ailleurs, Chan et Rabinowitz (2006) observent une prévalence du TDAH plus élevée chez les jeunes jouant fréquemment aux jeux vidéo (plus d'une heure par jour). Cependant, il est impossible de déterminer si l'utilisation de jeux vidéo induit des symptômes de TDAH ou si les adolescents avec un TDAH ont tendance à jouer plus longtemps aux jeux vidéo. Pour Bioulac, Arfi et Bouvard (2008), la vulnérabilité de ces enfants à la dépendance aux jeux vidéo s'expliquerait par leur motivation accrue à obtenir des récompenses immédiates et facilement accessibles que leur procurent ces jeux.



La vie très organisée et le manque d'occasions pour les activités de plein air et les activités libres expliquent peut-être en partie que tant d'enfants soient considérés comme hyperactifs aujourd'hui.

14.1.4 Les traitements du trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Plusieurs types de traitements existent pour réduire les symptômes du TDAH.

Les traitements biologiques

Les stimulants du système nerveux constituent le traitement le plus utilisé pour le TDAH. Ces médicaments agissent sur la dopamine, un neurotransmetteur permettant de gérer l'activation des régions préfrontales (qui semble inefficace chez les personnes atteintes d'un TDAH). En bloquant la recapture de la dopamine, les capacités d'attention augmentent chez les patients.

Les principaux médicaments utilisés sont le Ritalin^{MD} et le Concerta^{MD}, les deux à base de méthylphénidate, ou de la Dexedrine^{MD} et de l'Adderall^{MD}, à base d'amphétamine. Ces stimulants réduisent temporairement l'hyperactivité et l'impulsivité et augmentent la concentration chez 70 % des enfants traités. L'effet de ces médicaments est contre-intuitif, puisqu'on calme les enfants et accroît leur concentration en augmentant l'activité de leur système nerveux. L'augmentation de l'activité des voies dopaminergiques vers le cortex préfrontal facilite en fait les performances cognitives, ce qui aide ensuite la concentration et la maîtrise des conduites (Vincent et Sirois, 2013; Willens et Bierdermann, 1992). Un médicament non stimulant peut aussi être prescrit, en l'occurrence l'atomoxetine (Strattera^{MD}). Cette molécule vise spécifiquement à inhiber la recapture de la noradrénaline au lieu de la dopamine et peut même être utilisée pour augmenter l'effet du méthylphénidate.

Le Ritalin^{MD} est particulièrement utilisé au Québec. Selon une étude d'IMS Health qui a fait grand bruit dans les médias québécois en 2009, pas moins de 41 % des prescriptions canadiennes de Ritalin^{MD} sont faites dans la province. Toutes catégories confondues, le Ritalin^{MD} est aussi l'un des médicaments les



Une association comme PANDA permet aux parents d'enfants aux prises avec un TDAH de s'entraider et de mettre en commun de l'information. Les habiletés parentales sont parfois mises à rude épreuve.

plus fréquemment prescrits aux enfants d'âge scolaire (Société Radio-Canada, 2009). La disponibilité du Ritalin^{MD} expliquerait d'ailleurs en partie la prévalence élevée des diagnostics de TDAH: un médicament considéré comme efficace est disponible pour atténuer rapidement et à grande échelle des problématiques d'adaptation à un monde scolaire dont les ressources en santé mentale sont restreintes (Brière et Savard, 2007).

La popularité du Ritalin^{MD} suscite la controverse. Des observateurs considèrent que la prescription de ce médicament à une telle échelle constitue un abus et qu'elle révèle des défaillances dans les pratiques d'éducation, à la maison, à l'école et dans toute la société. D'après Monzée (2006), les enseignants et les parents seraient insuffisamment tolérants envers la turbulence des enfants, surtout des garçons, et les médecins auraient tendance à traiter l'enfance comme une maladie. Pour Cardinal (2010), l'«épidémie» de TDAH est en partie attribuable à la trop grande sédentarité des enfants et à l'organisation trop importante de leur vie.

La plupart du temps, aucune intervention comportementale n'est proposée pour accompagner le traitement aux psychostimulants (Brière et Savard, 2007). Pourtant, le comportement d'une partie des enfants ne s'améliore pas après l'usage du médicament. De plus, les effets à long terme de ces médicaments sont mal connus, alors qu'une cohorte importante d'enfants grandit avec eux. Un des risques potentiels à moyen et à long terme provient du fait que les personnes hyperactives sont plus sujettes que d'autres à être atteintes de dépendances (Falardeau, 2006).

Les traitements comportementaux et combinés

Les données disponibles indiquent que les psychostimulants sont plus efficaces s'ils sont utilisés à court terme et dans le contexte d'une stratégie de traitement adaptée aux besoins de l'enfant. Ils permettent aux enfants d'apprendre de nouvelles habiletés motrices, sociales et scolaires pendant que s'exercent leurs effets. Les traitements comportementaux font appel aux principes du renforcement et visent l'acquisition d'habitudes spécifiques liées à l'attention, au contrôle de soi et à la planification, par exemple rester assis ou lever la main avant de poser une question. On intervient aussi sur le plan des stratégies de gestion de l'attention, notamment par le **neurofeedback** (Picard, 2013). Ce traitement s'appuie sur l'utilisation de l'électroencéphalographie (voir le chapitre 2). Au moyen d'informations liées au type d'ondes qu'émet son cerveau (soit des ondes liées à l'attention, soit des ondes plus liées à la relaxation), l'enfant apprend à mieux contrôler son activité neurologique afin de l'orienter vers une meilleure concentration. Les habiletés acquises peuvent persister après la cessation du traitement médicamenteux. Elles contribuent à rendre

Neurofeedback

Au moyen d'un ordinateur, technique d'autocontrôle consistant à donner de l'information sur l'activité électrique du cerveau, dans le but de la modifier.

les enfants plus aptes à s'autodiscipliner et, par conséquent, elles favorisent l'amélioration de leur estime personnelle. La combinaison des traitements est efficace pour soulager à long terme le TDAH lui-même ainsi que les problèmes de statut social et d'estime personnelle indirectement causés par le trouble. La mise en œuvre de stratégies de traitement visant le comportement requiert cependant l'investissement de beaucoup d'énergie de la part des intervenants (Revol et Brun, 2010).

Les parents sont mis à contribution dans les programmes visant le développement de nouvelles habitudes chez les enfants aux prises avec un TDAH (Brière et Savard, 2007). Ils ont d'ailleurs souvent besoin de soutien. Face à des enfants très turbulents, hyperactifs et impulsifs, les habiletés parentales peuvent être mises à rude épreuve. Dans des cas extrêmes, il arrive que des parents sollicitent de l'aide et requièrent même du répit auprès de ressources comme des familles d'accueil, qui peuvent prendre en charge leur enfant pendant quelque temps. Il existe des associations d'entraide pour parents d'enfants avec un TDAH, comme l'association PANDA.

Un cercle vicieux peut se créer dans les familles : le TDAH d'un enfant peut être exacerbé par une dynamique familiale malsaine, qui peut être empirée à son tour par les perturbations qu'engendre un enfant aux prises avec le TDAH (Gagné, 1998). Ce type de situation rappelle que les facteurs sociaux agissent, même si un trouble est essentiellement d'origine neurobiologique.

14.2 Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

On a longtemps confondu le **trouble du spectre de l'autisme (TSA)** avec le handicap intellectuel. Pourtant, malgré des anomalies cognitives, les personnes atteintes d'un TSA ne sont pas nécessairement déficientes. Elles ont plutôt une pensée différente de la majorité des gens parce que leur cerveau fonctionne autrement (Harrison, 2010). Les données actuelles indiquent que l'autisme est un trouble essentiellement neurologique.

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Continuum proposé pour décrire les troubles neurodéveloppementaux caractérisés par des déficits sur le plan des habiletés sociales et par des comportements atypiques répétitifs et restreints.

14.2.1 Une description clinique du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) comprend un ensemble de troubles caractérisés par des déficits graves sur le plan du développement social, et des comportements atypiques avec parfois aussi des retards importants du langage (voir l'encadré 14.2 à la page suivante). Les personnes atteintes semblent plus intéressées par les objets que par les gens, et semblent vivre dans un monde qui leur est propre, marqué par des rituels surprenants.

L'appellation «trouble du spectre de l'autisme» a été introduite à la fin des années 1980 pour désigner un continuum de symptômes dont le niveau de gravité va croissant (Rutter, 2005). À une extrémité du continuum se trouvent les enfants dont les séquences de développement suivent le mieux les normes. Au sein de ce continuum, ce qu'on appelait le **syndrome d'Asperger** est simplement considéré comme un TSA moins grave parce qu'il ne comporte pas de handicap intellectuel ni de trouble du langage. Ainsi, dans le *DSM-5*, on

Syndrome d'Asperger

Ancienne dénomination d'une forme de trouble du spectre de l'autisme moins grave, sans handicap intellectuel ni trouble du langage.

regroupe tous les troubles liés à l'autisme sous une même appellation, soit trouble du spectre de l'autisme, pour lequel on spécifie le niveau de soutien que requiert une personne, soit un soutien très important, important, ou encore un soutien simple.

Les TSA présentent deux caractéristiques principales: déficits dans les communications et les interactions sociales, de même qu'un répertoire comportemental limité.

ENCADRÉ 14.2 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble du spectre de l'autisme

- A** Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants [...]:
1. Déficiences de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.
 2. Déficiences des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration déficiente entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficiences dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.
 3. Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs. [...]
- B** Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants [...]:
- a) Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).
 - b) Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).
 - c) Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).
 - d) Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des

sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements). [...]

- C** Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).
- D** Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]
- E** Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Sur le plan social, les enfants présentant des symptômes d'autisme n'entretiennent pas les relations comme les autres enfants. Ils semblent indifférents envers autrui, ce qui inclut leurs parents. Contrairement aux autres enfants, les enfants autistes ne s'engagent pas dans des jeux sociaux. Quand on tente de jouer avec un enfant autiste, par exemple, son attention peut se concentrer sur le jouet, mais il ignore la personne qui tente d'entrer en contact avec lui à travers le jeu (Georgieff, 2008). L'autisme des enfants devient souvent manifeste à travers les défaillances de leur développement linguistique. Certains d'entre eux parlent à peine, d'autres acquièrent un langage répétitif et solitaire, ou s'inventent des langues qui leur sont propres. Ces difficultés de communication entraînent parfois des frustrations liées à des comportements agressifs envers les autres et eux-mêmes. Le langage des personnes autistes présente la caractéristique d'être vidé de sa fonction de communication.

Les comportements des personnes autistes se démarquent aussi par leur pauvreté. Ils sont stéréotypés et ritualisés. Les personnes autistes acquièrent souvent des habitudes qu'elles suivent de manière rigide. Par exemple, elles peuvent regarder plusieurs fois la même vidéo, tourner un objet ou même avoir des tics moteurs comme osciller la main ou les doigts. Si on tente d'interrompre ces routines, elles sont perturbées et peuvent faire des colères. Un autre exemple de comportement répétitif fréquent chez les personnes autistes est l'écholalie, qui consiste à répéter les derniers mots entendus plutôt qu'à répondre dans une conversation.

L'enfant autiste peut se regarder fixement dans le miroir ou se livrer à des rituels inhabituels. Il ignorera l'adulte ou les autres enfants qui essaient de se mêler à ses jeux.



14.2.2 La prévalence du spectre de l'autisme

Selon le *DSM-5*, le TSA toucherait 1 % de la population adulte et infantile, avec une proportion plus importante d'hommes que de femmes (4 pour 1). Les premiers symptômes de retard de développement sont habituellement notés au cours de la deuxième année de vie. Parfois, l'enfant avait acquis des habiletés propres à son stade de développement, puis les parents remarquent une détérioration plus ou moins graduelle des comportements sociaux et des habiletés langagières.

14.2.3 Les facteurs de risque liés au spectre de l'autisme

Le rôle des vaccins contenant du mercure en tant que cause de l'autisme a été écarté. En 1998, des chercheurs britanniques ont suscité beaucoup d'inquiétude en proposant l'existence d'un lien entre l'autisme et la vaccination contre la rubéole, la rougeole et les oreillons. Mais les résultats de ces chercheurs (qui tentaient de promouvoir l'utilisation d'un autre type de vaccin) avaient été falsifiés; il s'agissait d'une fraude scientifique aujourd'hui bien établie (Gerber et Offit, 2009).

Des données plus concluantes encore que pour d'autres troubles en santé mentale établissent un lien entre le TSA et des anomalies génétiques (Nicholson et Szatmari, 2003). Néanmoins, il ne s'agit pas d'une cause indubitable puisqu'on a observé des cas de jumeaux identiques, dont l'un était autiste et l'autre pas. Des phénomènes affectant le milieu prénatal, comme la rubéole ou même un stress intense, pourraient aussi favoriser l'apparition de l'autisme en perturbant la formation des connexions entre les neurones (King *et al.*, 2012). Ainsi, on constate une réduction générale du nombre des synapses, mais aussi une plus grande activité de certaines régions postérieures du cerveau intervenant dans le traitement des informations visuelles qui permettent de « penser en images » (Kana *et al.*, 2013). Ces particularités neurologiques correspondent à certaines observations: les enfants autistes fonctionnent mieux lorsqu'on leur donne des pictogrammes, en plus des consignes orales.

Si les habiletés cognitives ne sont pas nécessairement affectées par des déficits généralisés chez les personnes autistes, la pauvreté des interactions sociales et des habiletés de communication serait liée à un déficit cognitif spécifique: il manquerait aux personnes autistes un concept de la vie mentale (Baron-Cohen, 1995). Le concept de la vie mentale (*theory of mind*, ou TOM, selon les mots de Baron-Cohen repris dans plusieurs textes de langue française) est une capacité à percevoir les intentions, les pensées ou les émotions d'autrui (Georgieff, 2008). Autrement dit, les personnes souffrant d'un TSA présenteraient un déficit de l'empathie, possiblement lié à une anomalie neurologique. On sait qu'il existe chez les primates des **neurones miroirs**, spécialisés dans le décodage des actions d'autrui. Ces neurones sont activés lorsqu'un individu en observe un autre ou même lorsqu'il imagine les actions d'un autre (Ramachandran, 2007). La possibilité que les personnes autistes aient une dysfonction de ces neurones miroirs est néanmoins toujours contestée (Dinstein *et al.*, 2008).

Neurone miroir

Neurone qui réagit au comportement d'autrui et qui permet le décodage émotif et l'empathie.

EN RELIEF

Les autistes de haut niveau

En général, plus le quotient intellectuel des autistes est élevé, moins graves sont leurs symptômes. Près de 70 % des personnes autistes souffrent d'un handicap intellectuel alors que les autres 30 % présentent tout le spectre des habiletés cognitives, y compris des cas de surdoués. Les **autistes** qu'on appelle **de haut niveau** présentent des déficits sur le plan social et émotif, mais ils possèdent aussi des habiletés cognitives nettement supérieures à la moyenne dans d'autres domaines. Le folklore psychologique attribue d'ailleurs volontiers des traits autistiques de maladresse et de retrait social à des savants. Les cas de Charles Darwin et d'Albert Einstein ont été étudiés sous cet angle avec des arguments parfois convaincants (Fitzgerald, 2004).

L'écrivain britannique Daniel Tammet a des symptômes d'autisme marqués, mais il est aussi un auteur reconnu. Son parcours rappelle que le trouble du spectre de l'autisme se poursuit à l'âge adulte et que plusieurs des personnes qui en souffrent peuvent aussi avoir des talents rares.



14.2.4 Les traitements du spectre de l'autisme

Il n'existe pas de traitement pour guérir l'autisme, mais des interventions peuvent contribuer à atténuer leurs symptômes, surtout si elles sont précoces et liées à un diagnostic rapide. Il est possible de prescrire plusieurs médicaments permettant de diminuer les symptômes les plus dérangeants (manies, agressivité, comportements lunatiques, etc.), notamment des antipsychotiques (manies), des psychostimulants (problèmes cognitifs ou hyperactivité) et des antidépresseurs (problèmes d'anxiété ou d'humeur) (Jordan, 2012). Actuellement, certaines études montrent l'utilité de l'ocytocine administrée par voie intranasales pour encourager les comportements de sociabilité chez les enfants et les adolescents diagnostiqués d'un TSA (Lee *et al.*, 2015). Cependant, il manque encore d'évidences cliniques claires montrant l'utilité de ce type de traitement.

Tout comme les enfants aux prises avec un handicap intellectuel, les enfants souffrant d'un TSA peuvent apprendre. Des interventions adaptées à chaque facette du désordre permettent des apprentissages durables et une amélioration du niveau de fonctionnement cognitif et des habiletés de langage. Un traitement utilisé avec les enfants autistes est la thérapie de développement des habiletés sociales. Cette thérapie vise à améliorer leur capacité à décoder les messages émotionnels qu'ils ne comprendraient pas spontanément. De façon parallèle, les stratégies thérapeutiques cherchent à enrichir leur potentiel d'interactions sociales en favorisant leur intégration. Les parents jouent un rôle dans ces thérapies en fournissant aux enfants autistes un soutien dont ils ont besoin et en participant à la transmission de meilleures habiletés sociales (Landa, 2007). Dans cette optique, des encouragements, des salutations, de même que des câlins sont des exemples de comportements bénéfiques que peuvent adopter les parents.

Autiste de haut niveau

Individu présentant des traits autistiques dans ses habiletés sociales, mais des habiletés cognitives exceptionnelles dans d'autres domaines.

L'enseignement du langage et de l'autonomie aux enfants autistes est ardu parce que les déficits de ces enfants concernent les habiletés sociales qu'ils n'imitent pas. On a recours à des stratégies d'inspiration behavioristes dans lesquelles on décompose le langage et des routines adaptées en petites unités, qu'on enseigne aux enfants par renforcement. Les plus connues sont les programmes TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) et ABA (*Applied Behaviour Analysis*). On moule ainsi le comportement des enfants graduellement jusqu'à leur faire acquérir des habiletés de base. La répétition et la persévérance dans le temps, de même que l'engagement des parents sont nécessaires afin de permettre un réel apprentissage. Même avec les enfants dont les habiletés linguistiques sont plus gravement limitées, l'enseignement à l'aide de signes ou de l'utilisation d'images permet de créer des moyens de communication (Bondy et Frost, 2001). Par exemple, l'enfant peut apprendre la routine du soir à l'aide de dessins illustrant le souper, le bain, le brossage de dents, la lecture d'une histoire et le coucher. On augmente tranquillement les exigences tout en offrant des récompenses chaque fois que l'enfant anticipe ou effectue par lui-même la tâche à exécuter afin d'arriver à le rendre plus adapté et plus autonome.

D'autres interventions de nature psychosociale visent à informer la population de ce que représente le TSA afin de pouvoir diminuer la peur, le rejet, les abus et les moqueries que vivent plusieurs personnes aux prises avec l'autisme. Leur souffrance est souvent davantage liée à ces formes d'intimidation qu'à leur état en tant que tel, et constitue un réel facteur de risque suicidaire. Cette réalité s'applique d'ailleurs aussi à un handicap intellectuel (Bardon *et al.*, 2014).

EXERCICE 14.2 | Mieux comprendre le trouble du spectre de l'autisme

Vrai ou faux ?

1. L'autisme est une forme de handicap intellectuel.
2. Il est impossible d'enseigner aux enfants autistes.
3. Il n'existe qu'un seul niveau de gravité du TSA.
4. De mauvaises pratiques d'éducation sont à l'origine de la plupart des cas d'autisme.
5. Puisque les personnes autistes ont des difficultés relationnelles, il y a peu de risque qu'elles tentent de se suicider si elles sont victimes d'intimidation.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

14.3 Le handicap intellectuel

Les sections suivantes présentent la description du handicap intellectuel, dont ses critères diagnostiques, sa prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à son apparition, de même que ses principaux traitements.

14.3.1 Une description clinique du handicap intellectuel

Le **handicap intellectuel** (anciennement, retard mental ou déficience intellectuelle) est défini comme une insuffisance des capacités intellectuelles et d'adaptation sur les plans conceptuel (lecture, écriture, mathématiques, etc.),

Handicap intellectuel

Insuffisance cognitive quant à la capacité de répondre de manière adaptée aux exigences du milieu.

social (langage, décodage non verbal, amitiés, etc.) et pratique (hygiène, alimentation, emploi, etc.) (voir l'encadré 14.3). Comme pour le trouble du spectre de l'autisme, il y a des degrés de gravité : léger, moyen, grave ou profond. Certains enfants atteints pourront acquérir des habiletés suffisantes pour s'intégrer avec plus ou moins de soutien. D'autres seront fortement dépendants tout au long de leur vie sur le plan de l'autonomie, de la socialisation, de la communication, des habiletés domestiques ou de travail, par exemple. Afin d'établir un diagnostic, il faut comparer la personne avec d'autres individus de son âge en fonction des normes propres à sa culture. L'utilisation de tests de quotient intellectuel valides permet d'établir un tel portrait, mais le jugement du spécialiste est toujours important.

ENCADRÉ 14.3 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour un handicap intellectuel

Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Les trois critères suivants doivent être présents :

- A** Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés.
- B** Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité.
- C** Début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement. [...]

Spécifier la sévérité actuelle [...]:

- 317 (F70) Léger
- 318.0 (F71) Moyen
- 318.1 (F72) Grave
- 318.2 (F73) Profond

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

14.3.2 La prévalence du handicap intellectuel

De 1 à 3 % de la population serait touchée à des degrés divers par un handicap intellectuel. Parmi ces personnes, 90 % présenteraient un handicap intellectuel moyen (Larson *et al.*, 2001) et ce trouble affecterait plus les garçons que les filles. Le handicap intellectuel est considéré comme chronique, mais ses conséquences peuvent être grandement atténuées. Le degré d'autonomie en particulier peut être augmenté à l'aide d'interventions adéquates.

14.3.3 Les facteurs de risque liés au handicap intellectuel

Trisomie 21 (ou syndrome de Down)

Anomalie chromosomique caractérisée par la présence de trois chromosomes 21 et se manifestant notamment par un handicap intellectuel.

Toutes les influences biologiques, psychologiques et sociales qui s'exercent sur le développement des enfants constituent autant de facteurs de risque de handicap intellectuel. Plusieurs de ces handicaps découlent de dommages subis par le système nerveux. C'est notamment le cas pour la **trisomie 21** (ou **syndrome de Down**), le syndrome d'alcoolisation fœtale et les cas d'anoxie au cerveau. Dans la trisomie 21, la cause est une anomalie chromosomique caractérisée par la présence de trois chromosomes 21 et non de deux. Le syndrome de Down se manifeste par un handicap intellectuel léger à moyen et par des perturbations du développement physique, marqué notamment par un faciès typique. L'âge de la mère à l'accouchement est un facteur de risque important de la trisomie 21. En effet, plus une femme est âgée lorsqu'elle donne naissance à son premier enfant, plus fortes sont les probabilités de donner naissance à un enfant trisomique. Les enfants trisomiques peuvent acquérir un degré élevé d'autonomie, mais leur espérance de vie est brève. Après l'âge de 40 ans, ils souffrent généralement d'une dégénérescence neurologique similaire à la maladie d'Alzheimer (Cipani et Schock, 2011).

Syndrome d'alcoolisation fœtale

Handicap intellectuel chez un enfant dont la mère a consommé de grandes quantités d'alcool durant les premières étapes de la grossesse.

D'autres cas de handicaps intellectuels sont attribuables à des influences survenues à des moments critiques de la vie intra-utérine. La consommation d'alcool par une femme enceinte au début de sa grossesse peut causer le **syndrome d'alcoolisation fœtale** chez l'enfant. Les enfants atteints de ce syndrome présentent eux aussi un faciès particulier en plus de capacités intellectuelles limitées. La consommation pendant la grossesse de drogues illégales et de certains médicaments peut aussi entraîner chez l'enfant un handicap intellectuel. Des infections et des toxines peuvent avoir le même effet, ainsi que l'exposition à des radiations (Santrock, 2007).

Anoxie

Manque d'oxygène au cerveau causant des dommages irréversibles.

Des complications durant l'accouchement sont un autre facteur de risque fréquemment associé à un handicap intellectuel. Par exemple, l'enroulement du cordon ombilical autour du cou du nouveau-né durant l'accouchement peut causer une **anoxie** et des dommages irréversibles au système nerveux. Une incapacité du nourrisson à s'adapter à la respiration autonome au moment de la naissance peut avoir le même effet. Les sages-femmes et les obstétriciens prennent d'ailleurs soin de mesurer les signes vitaux des bébés aussitôt après leur naissance, notamment la respiration, au moyen d'un test nommé l'indice d'Apgar (Santrock, 2007).

On observe d'autres types de handicaps intellectuels chez des enfants dont le système nerveux est intact et dont le cerveau ne présente aucun dommage. Le manque important de stimulation intellectuelle (sur les plans social, langagier, moteur, scolaire, etc.) et la négligence grave, notamment par des carences affectives, peuvent empêcher le développement du cerveau durant les périodes sensibles. Il est très difficile de compenser plus tard l'influence précoce nocive de ce milieu gravement appauvri. Par exemple, une absence de stimulation du langage avant l'adolescence rend son acquisition limitée, notamment sur le plan de la syntaxe (Newport, Bavelier et Neville, 2001).

L'inventaire des facteurs les plus souvent associés à un handicap intellectuel est bien loin d'épuiser les cas de figure possibles. Chez presque 75 % des enfants

EN RELIEF**Favoriser l'autonomie**

Au Québec, la coordination des services aux personnes présentant des handicaps intellectuels est assurée par les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), qui offrent aussi du soutien aux personnes souffrant du TSA. Des services d'encadrement au logement et au travail sont proposés.

En ce qui concerne le logement, des milieux de vie sont organisés selon le degré d'autonomie. Les résidences en soins continus s'adressent aux personnes les moins autonomes. Ce milieu est celui qui ressemble le plus à celui d'une institution, avec une présence d'intervenants nuit et jour. Les résidences non institutionnelles sont plus intégrées à la vie sociale. Il existe des résidences de type familial, qui sont des foyers d'accueil supervisés où logent en moyenne quatre pensionnaires. Les appartements supervisés sont des édifices à logements où habitent des personnes handicapées intellectuellement et autonomes, et qui bénéficient de la visite fréquente d'un éducateur.

Pour favoriser l'intégration au travail, des ateliers supervisés de type industriel produisent principalement de l'artisanat. On y applique des programmes de soutien à la stabilité au travail qui consistent à stimuler le développement d'habitudes de travail régulières. Dans le cas des clients les plus autonomes, les CRDI supervisent des plateaux de travail, qui sont des équipes de personnes handicapées intellectuellement travaillant dans une

entreprise ou une industrie ordinaire. Des éducateurs sont intégrés et fournissent l'encadrement de cette main-d'œuvre.



Les mesures favorisant l'autonomie et l'intégration sont bénéfiques pour tous. Elles permettent notamment à des gens talentueux d'apporter une contribution unique à la société, comme l'atteste la carte de souhaits ci-dessus, réalisée à partir de l'œuvre d'une personne atteinte d'un handicap intellectuel dans le cadre du programme « Je découvre : ma nouvelle langue, mon nouveau pays, moi-même... » de l'Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées (Commission scolaire des Navigateurs, 2012 ; remerciements à Stéphane Cayer, instructeur en milieu artisanal à l'Atelier boutique de Montréal).

handicapés intellectuellement, on ne peut identifier de facteur contribuant (Popper et West, 1999).

14.3.4 Les traitements du handicap intellectuel

Comme pour le trouble du spectre de l'autisme, il n'existe pas de traitement curatif pour les handicaps intellectuels, mais certaines stratégies peuvent atténuer la dépendance et améliorer l'autonomie. En général, plus les traitements sont précoces, plus ils sont bénéfiques, d'où l'importance d'un diagnostic rapide. Il est possible d'enseigner des tâches spécifiques et des habiletés de communication au moyen d'interventions comportementales. Toutefois, les interventions sont plus difficiles avec les cas les plus lourds. Par exemple, tout comme on le fait chez des enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, il peut être nécessaire d'enseigner à des enfants souffrant de handicaps profonds des modes de communication à l'aide de signes ou d'images pour compenser une incapacité majeure au niveau du langage.

L'adaptation du milieu de vie est une autre stratégie permettant d'augmenter la participation à la communauté des personnes handicapées intellectuellement.

Une supervision minimale peut rendre possibles pour elles le travail et le logement autonome hors d'institutions. Les ateliers protégés, par exemple, permettent de les intégrer, de leur faire accomplir un travail utile et de maximiser leur estime personnelle (Meyer, Peck et Brown, 1991).

EXERCICE 14.3 | Mieux comprendre le handicap intellectuel

Vrai ou faux ?

- | | |
|--|--|
| 1. Le handicap intellectuel est toujours lié à un problème neurologique. | 3. Le syndrome de Down est entièrement attribuable à une cause génétique. |
| 2. Le handicap intellectuel recouvre plusieurs degrés de gravité. | 4. Les enfants atteints d'un handicap intellectuel ne peuvent pas apprendre. |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

14.4 Les troubles spécifiques des apprentissages

Les sections suivantes présentent la description de quelques troubles spécifiques des apprentissages. Ces spécifications sont des déficits sur différents plans s'exprimant par la dyslexie, la dysorthographe, la dysgraphie et la dyscalculie. Leur prévalence, les facteurs de risque qui contribuent à leur apparition, de même que leurs principaux traitements sont abordés.

14.4.1 Une description clinique des troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles spécifiques des apprentissages sont des difficultés propres à une tâche cognitive, en l'occurrence la compréhension du langage écrit, de l'écriture ou de l'arithmétique. Ces difficultés se manifestent essentiellement à l'école. Elles nuisent aux performances scolaires, mais elles ne causent pas de difficultés généralisées dans tous les domaines de l'existence comme les autres troubles neurodéveloppementaux. Les troubles spécifiques des apprentissages ne sont pas liés non plus à des déficits touchant l'intelligence. Les enfants qui montrent ces troubles ont des habiletés d'adaptation comparables à celles d'autres enfants, ce qui facilite le développement d'habiletés compensatoires et la réussite scolaire. Par exemple, ils peuvent utiliser davantage d'images que des mots ou des chiffres pour apprendre. Cependant, leur différence contribue souvent à une diminution de l'estime personnelle et des résultats scolaires, et augmentent ainsi les risques de décrochage scolaire (Gaudreault, Veillette et Perron, 2003).

Le trouble spécifique des apprentissages le plus fréquent est le trouble de la lecture ou **dyslexie**. La difficulté à l'origine de la dyslexie se situe essentiellement sur le plan du décodage phonétique, c'est-à-dire de la capacité à reconnaître un son à travers ses signes graphiques. Chez la plupart des lecteurs compétents,

Dyslexie

Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture principalement associé au décodage des sons.

le processus de décodage phonétique se fait de manière automatique, sans mobiliser les ressources de l'attention. L'acquisition d'automatismes efficaces de décodage phonétique se fait généralement durant le premier cycle de l'enseignement primaire. Toutefois, les personnes dyslexiques peuvent ne jamais parvenir à évoluer de manière harmonieuse dans la lecture et la compréhension d'un texte. Ils sont entravés par une difficulté à assimiler plusieurs graphies différentes pour un même son (par exemple, en français, les graphies différentes du son [o] pour «o», «au» et «eau») ou par une incapacité à distinguer des sons ou des graphies voisines (comme «p» et «b», ou «q» et «g») (Moore, 2007).

Les déficits de l'expression écrite, la **dysorthographe** et la **dysgraphie** sont très voisins et plus rares; ils concernent des difficultés plus élevées que la moyenne à acquérir la maîtrise de l'écriture. La dysorthographe est une incapacité à utiliser le code graphique d'une langue. Comme la dyslexie, la dysorthographe semble principalement liée à des difficultés à traiter la correspondance entre les sons et leurs signes graphiques: l'orthographe, la grammaire et la syntaxe en souffrent. Pour sa part, la dysgraphie est principalement liée à une incapacité à écrire correctement les lettres, elles sont déformées (Berninger et May, 2011).

Il existe aussi des déficits spécifiques au niveau de l'apprentissage des mathématiques, qu'on nomme la **dyscalculie**. Pour les personnes aux prises avec ce trouble, les chiffres et les opérations d'arithmétique, d'algèbre, de géométrie, etc. deviennent très ardues. L'absence de goût ou de talent pour les mathématiques est facilement confondue avec une incapacité cognitive spécifique à traiter les nombres, alors que ce ne sont pas des équivalents.

14.4.2 La prévalence des troubles spécifiques des apprentissages

Selon le *DSM-5*, les troubles spécifiques des apprentissages touchent de 5 à 15% des enfants d'âge scolaire, la grande majorité d'entre eux étant identifiés comme dyslexiques. Ils sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Le diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages est difficile à établir. En effet, il est souvent impossible de distinguer les difficultés en lecture, en écriture ou en mathématiques liées à des anomalies spécifiques du traitement cognitif (les vrais troubles spécifiques des apprentissages), des difficultés scolaires associées au manque de motivation, d'effort, de stimulation ou d'intérêt. Le diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages est même controversé.

La dyslexie semble être un déficit associé aux orthographe difficiles. Elle est plus fréquente chez des locuteurs de langues dont le système d'écriture n'est pas phonétique, par exemple le français, l'anglais ou le danois. Ainsi, en français, le son [s] peut s'écrire avec un s, un c, un ç et même un t dans certains cas. Par contre, elle est plus rare chez les locuteurs de langues qui utilisent une seule graphie pour représenter chaque son, comme l'espagnol ou le finnois (Catheline, 2007).

Dysorthographe

Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'orthographe, soit la maîtrise des règles de l'expression écrite.

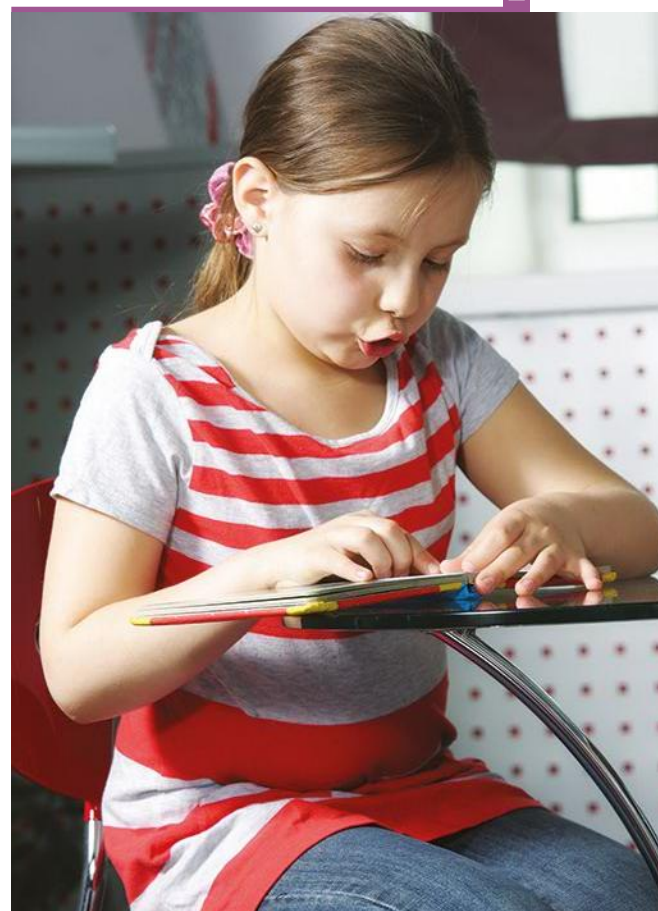
Dysgraphie

Spécification du trouble spécifique des apprentissages concernant un déficit de l'expression écrite.

Dyscalculie

Trouble spécifique des apprentissages avec déficit en mathématiques.

L'apprentissage du décodage phonétique des mots chez les enfants dyslexiques exige de la part des enseignants de plus grands efforts et le recours à des stratégies compensatoires, telles qu'encourager les enfants à lire à haute voix pour améliorer leur compréhension.



Orthopédagogie

Science de l'éducation qui s'intéresse à l'évaluation des personnes éprouvant des difficultés d'apprentissage en lecture, en écriture ou en mathématiques, ainsi qu'à la mise en œuvre des stratégies compensatoires appropriées.

Habilité compensatoire

Stratégie développée à la place d'une habileté affectée par un déficit.

Orthophonie

Évaluation et traitement de troubles de la communication et du langage.

Ergothérapie

Rééducation physique et réadaptation sociale.

Psychoéducation

Évaluation et interventions auprès de personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation se manifestant sur le plan comportemental dans leurs différents milieux de vie. (Les psychoéducateurs ont complété une formation universitaire.)

Éducation spécialisée

Interventions auprès de personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation se manifestant sur le plan comportemental dans leurs différents milieux de vie. (Les éducateurs spécialisés détiennent un diplôme collégial dans ce domaine de formation.)

14.4.3 Les facteurs de risque liés aux troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles spécifiques des apprentissages semblent liés à des particularités neurologiques héréditaires par lesquelles le cerveau traite difficilement l'information verbale ou mathématique (Stringer et Stanovich, 2000). Des fragilités génétiques contribueraient ainsi à des dysfonctionnements cérébraux de certaines zones du cerveau (lobes occipital, temporal et frontal, particulièrement). Si les troubles spécifiques des apprentissages sont liés à des déficits neurocognitifs, ils sont également influencés par des facteurs motivationnels et psychologiques, dont l'environnement familial et scolaire. Ceux-ci peuvent contribuer à atténuer l'impact des déficits neurocognitifs ou au contraire à l'accroître, mais ils n'en sont pas la cause (Young et Beitchmann, 2001). Par exemple, la faible scolarisation des parents peut contribuer à augmenter les risques que l'enfant acquière un trouble spécifique des apprentissages (Mascheretti *et al.*, 2013).

14.4.4 Les traitements des troubles spécifiques des apprentissages

Alors que les autres troubles neurodéveloppementaux peuvent nécessiter des traitements médicaux et des traitements psychologiques avancés, pour les troubles spécifiques des apprentissages, ce sont plutôt des traitements **orthopédagogiques** qui sont indiqués, c'est-à-dire des stratégies d'enseignement adaptées (Berninger et Wolf, 2009). Par exemple, on peut offrir des tuteurs individuels, de l'aide aux devoirs et différentes stratégies d'apprentissage liées à l'attention, à la mémorisation, à la prise de notes. On cherche ainsi l'acquisition d'**habiletés compensatoires** pour enseigner le décodage phonétique des mots ou l'analyse des chiffres. Par exemple, on peut encourager les enfants à lire à haute voix pour améliorer leur compréhension. Des logiciels conçus pour rendre plus manifestes les phonèmes de la langue (comme WordQ et Métafo) ont aussi permis l'amélioration des habiletés en lecture de personnes dyslexiques.

EXERCICE 14.4 | Les différents troubles neurodéveloppementaux

Associez chacun des cas à l'un des troubles suivants :

- | | |
|---|-----------------------------|
| A Un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) | E Une dysorthographe |
| B Un trouble du spectre de l'autisme (TSA) | F Une dysgraphie |
| C Un handicap intellectuel | G Une dyscalculie |
| D Une dyslexie | |

1. Marc compte sur ses doigts encore à dix ans. Il semble incapable de mémoriser même des calculs simples comme $4 + 2 = 6$. Aussi, il confond les signes $+$, $-$, \div et \times . L'apprentissage des tables de multiplication est pour lui un défi important.

2. Mélanie ne réussit pas très bien à l'école. Elle se perd dans ses pensées, elle a du mal à rester assise ou concentrée. Quand les tâches à accomplir sont complexes, elle oublie les consignes et doit se les faire répéter plusieurs fois. La fin de

semaine, elle fait rarement ses devoirs. De plus, Mélanie oublie souvent ses affaires à l'école.

3. À neuf ans, Erica, malgré tous ses efforts, lit difficilement un texte. Elle n'a pas acquis d'automatisme et oublie des syllabes tout en ayant tendance à mélanger des mots : science pour séisme, par exemple.

4. Samuel a quatre ans, mais il n'a pas encore appris à parler. Il passe des heures dans le salon à construire des tours avec des blocs. Si on le dérange dans sa routine, il se fâche. Autrement, il ne s'occupe pas des adultes et ne répond pas à sa grand-mère quand celle-ci tente d'attirer son attention en lui faisant des coucous.

5. Julien n'arrive pas à bien écrire, même s'il est en troisième année : il hésite et oublie des mots, des lettres, des accents et des syllabes. Sa ponctuation est aberrante et souvent il ne conjugue pas les verbes.

6. Annie ne parle pas encore très bien, même si elle a quatre ans. Elle joue beaucoup avec ses amis, mais elle est très en retard sur leur âge. Elle est incapable de dessiner et ne comprend pas comment fonctionnent les télécommandes de la télévision.

7. Alors qu'il utilise sa main dominante droite, on dirait que Benoît écrit avec sa main gauche tellement ses lettres sont déformées. Les textes qu'il remet à son enseignante sont pratiquement illisibles.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

14.5 Les autres troubles neurodéveloppementaux

Les troubles neurodéveloppementaux sont variés et comportent notamment, en plus de ceux qui ont été abordés précédemment dans ce chapitre, les troubles de la communication et des habiletés motrices, les troubles du comportement, ainsi que les troubles émotionnels. Le tableau 14.1 résume ces troubles.

Tableau 14.1 D'autres troubles neurodéveloppementaux

Type de troubles	Description et traitement	Type/diagnostic
Troubles de la communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés liées au langage ▪ Traitement en orthophonie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouble du langage de type expressif (difficulté d'expression : production et utilisation de la langue parlée) ▪ Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif ou dysphasie (difficulté de compréhension et d'expression de la langue) ▪ Trouble phonologique (erreurs dans la production ou l'utilisation des sons : mauvaise articulation ; substitution, inversion, omission, etc.) ▪ Bégaiement (répétitions, prolongations ou interruptions involontaires qui perturbent la fluidité de la parole)
Troubles moteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouble développemental de la coordination ▪ Troubles liés aux tics ▪ Traitement en ergothérapie, en psychoéducation et en éducation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouble de l'acquisition de la coordination ou dyspraxie (difficulté de coordination motrice et de psychomotricité : ramper, s'asseoir, marcher, prendre et manipuler, mâcher et articuler, performer dans les sports, écrire, etc.) ▪ Tics (mouvement ou vocalisation soudains, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés) ▪ Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) (présence de tics moteurs comme des mouvements, des gestes, des mimiques et d'au moins un tic vocal comme des bruits de bouche, des cris, des mots)

RÉSUMÉ



Fiche de révision

- Les troubles neurodéveloppementaux sont des perturbations des séquences de développement que vivent les enfants au moment où émergent leurs habiletés cognitives, sociales, motrices et langagières. Des problèmes de maturation du système nerveux jouent un rôle prépondérant dans la plupart des troubles spécifiques des apprentissages.
- Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est caractérisé par une incapacité à se concentrer, une hyperactivité motrice ou des difficultés à maîtriser son comportement. Ces symptômes se manifestent notamment à l'école et nuisent au rendement scolaire et aussi sur le plan professionnel. On définit différents types de TDAH selon que la prédominance est l'inattention ou l'hyperactivité et l'impulsivité. Le traitement fait appel à des stimulants du système nerveux et à des thérapies comportementales.
- Le trouble du spectre de l'autisme est caractérisé par des déficits marqués sur le plan du développement social. Il peut aussi s'accompagner de retards ou d'un déficit complet sur le plan du langage et d'une pauvreté du comportement qui tend à être stéréotypé, ritualisé et répétitif. Des habiletés cognitives normales ou supérieures peuvent se manifester dans d'autres domaines. Un diagnostic précoce facilite le traitement. Les interventions s'appuient sur des médicaments pour atténuer les symptômes et sur des programmes comportementaux comme TEACCH et ABA.
- Un handicap intellectuel est un ensemble diversifié de troubles caractérisés par des retards marqués chez l'enfant en matière de développement cognitif par rapport aux enfants du même groupe d'âge. Ces retards ne peuvent généralement pas être entièrement rattrapés, mais une stimulation adéquate peut favoriser une meilleure adaptation des enfants touchés. Parmi les facteurs contribuant à un handicap intellectuel, on note des anomalies génétiques, des problèmes du milieu prénatal, l'anoxie cérébrale et la négligence.
- Les troubles spécifiques des apprentissages sont des problèmes limités du développement cognitif qui influent sur des tâches scolaires spécifiques comme la lecture (dyslexie), l'écriture (dysorthographe et dysgraphie) ou le calcul (dyscalculie).

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Autisme Québec

Association de parents, d'amis et de personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme
www.autismequebec.org

Clinique des troubles de l'attention de l'Hôpital Rivière-des-Prairies
hrdp.qc.ca/fr/maladies/nav/pedo.html?page=details.jsp

Clinique d'évaluation neuropsychologique et des troubles d'apprentissage de Montréal (CENTAM)
www.centam.ca/centam.html

Fédération québécoise de l'autisme
www.autisme.qc.ca

Gallardo, M. (2010). Le voyage de Maria. Fondation Orange, 5 min 42 s.
www.youtube.com/watch?v=j4q8XJfdpgU

Groupe Autisme sur Facebook
www.facebook.com/pages/Autisme-Qu%C3%a9bec/163185480387594

Institut des troubles d'apprentissage
aqeta.qc.ca

Projet sur l'intégration des enfants autistes en milieu scolaire
isehmg.org

Regroupement des associations PANDA du Québec
Aide aux parents ayant un enfant atteint d'un TDAH
www.associationpanda.qc.ca

Télé-Québec. (2014, 16 octobre). Le TDAH: problème de santé ou de société. Une pilule, une petite granule.
pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=1246

Télé-Québec. (2014, 16 octobre). Les enfants du Ritalin. Une pilule, une petite granule.
pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=899

Télé-Québec. (2014, 16 octobre). Dossier spécial sur l'autisme. Une pilule, une petite granule.
pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=1312

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Par Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

15.1 Une description des troubles neurocognitifs (TNC)	380
15.2 L'état confusionnel	381
15.2.1 Une description clinique de l'état confusionnel	381
15.2.2 La prévalence de l'état confusionnel	384
15.2.3 Les facteurs de risque et les traitements de l'état confusionnel	385
15.3 Les troubles neurocognitifs	386
15.3.1 Une description clinique des troubles neurocognitifs	386
15.3.2 La prévalence des troubles neurocognitifs	393
15.3.3 Les facteurs de risque et les traitements des troubles neurocognitifs	394



Les troubles neurocognitifs (TNC) sont caractérisés par une dégradation des fonctions cognitives, comme on l'observe dans la maladie d'Alzheimer, par exemple. Ces fonctions cognitives manifestent des perturbations ou une dégénérescence du système nerveux. En raison de l'amélioration de l'espérance de vie et du vieillissement de la population, on assiste à une augmentation des TNC. Ces troubles représentent un défi considérable pour les services de santé et occasionnent des souffrances autant pour les personnes atteintes que pour les personnes qui en prennent soin.

Les fonctions cognitives affectées par les TNC sont la capacité d'attention, les fonctions exécutives (planification, raisonnement, résolution de problèmes), l'apprentissage, la mémoire, le langage, l'intégration sensorielle (par exemple, l'interprétation de l'information visuelle), ainsi que les cognitions sociales (par exemple, la capacité à reconnaître ses proches).

15.1 Une description des troubles neurocognitifs (TNC)

Troubles neurocognitifs (TNC)
États de détérioration temporaire ou irréversible des fonctions cognitives.

Les **troubles neurocognitifs (TNC)** font figure d'exceptions parmi les troubles en santé mentale : alors que la plupart des troubles sont liés à une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, les TNC sont presque uniquement attribuables à des facteurs biologiques. Ces facteurs peuvent être temporaires et traduire un affaiblissement généralisé des fonctions corporelles, mais ils peuvent aussi être permanents et résulter de dommages irréversibles touchant les tissus nerveux.

Les TNC liés à des lésions organiques sont les plus médicalisés des troubles en santé mentale. La recherche du traitement contre la maladie d'Alzheimer, en particulier, est un domaine de la recherche médicale au même titre que la recherche de nouveaux traitements contre le cancer. De plus, les symptômes associés aux TNC sont cognitifs et comportementaux, comme ceux de tous les troubles en santé mentale. Aussi, il n'existe à ce jour aucun traitement médical efficace pour guérir ni même soigner la plupart des TNC, surtout en ce qui concerne les troubles neurocognitifs majeurs. Il est cependant possible, grâce à des interventions psychologiques, de prévenir certains TNC, d'en atténuer les manifestations et de ralentir les pertes fonctionnelles ou de les gérer adéquatement (Gauthier et Poirier, 2008).

Les deux principaux TNC sont l'état confusionnel (delirium) et le **trouble neurocognitif majeur**. Les termes employés pour désigner les TNC peuvent être ambigus parce qu'ils ont dans le domaine de la santé mentale des sens différents de ceux qu'ils prennent dans la langue courante. État confusionnel remplace, dans le *DSM-5*, ce que l'on nommait jusqu'alors delirium. Ce dernier terme étant encore largement utilisé, il importe de ne pas

Trouble neurocognitif majeur
Détérioration générale et graduelle, généralement irréversible, des fonctions cognitives associée à la dégénérescence du système nerveux.

le confondre avec délire (*voir le chapitre 9*). En effet, l'état confusionnel, ou delirium, est un état de confusion temporaire qui ne comporte pas nécessairement de symptômes de délire. Quant à l'appellation trouble neurocognitif majeur (TNC), il s'agit d'une innovation du *DSM-5* pour remplacer le mot démence, jugé stigmatisant parce qu'il désigne la folie extrême dans le langage courant (APA, 2015). Le terme démence est cependant si profondément enraciné qu'il est encore largement utilisé dans le contexte hospitalier. Le TNC majeur consiste en une dégradation des fonctions cognitives en raison de la dégénérescence du système nerveux. Plusieurs maladies dégénératives peuvent être à l'origine d'un TNC majeur, mais la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Le *DSM-5* définit aussi un **trouble neurocognitif léger**, qui décrit des états moins graves de dégradation des fonctions cognitives. Un trouble neurocognitif léger n'hypothèque pas le fonctionnement quotidien ou l'autonomie. Les maladies qui entraînent un TNC léger sont les mêmes que celles qui entraînent un TNC majeur, y compris la maladie d'Alzheimer, qui se manifeste à ses débuts par des perturbations légères des fonctions cognitives. Ainsi, le TNC léger et le TNC majeur ne constituent pas des troubles de nature différente et on observe souvent une évolution de l'un à l'autre, par exemple au fil de la détérioration des fonctions cognitives associée à la progression de la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson (Litvan *et al.*, 2012).

Trouble neurocognitif léger

Détérioration mineure et partielle des fonctions cognitives associée à la dégénérescence du système nerveux.

Confusion

Perturbation cognitive caractérisée par une désorientation spatio-temporelle ou une perte générale des repères.

15.2 L'état confusionnel

L'état confusionnel (delirium) est une crise caractérisée par des états de conscience altérés et de la **confusion** générale des fonctions cognitives.

15.2.1 Une description clinique de l'état confusionnel

Une état confusionnel peut durer quelques heures ou quelques jours et tend à se résorber de lui-même. Ses manifestations cognitives typiques sont la confusion mentale et la désorientation spatiale, ainsi que l'incapacité à se concentrer sur une tâche, des perturbations de la mémoire et des difficultés langagières marquées. Dans les cas les plus graves, les personnes dans un état confusionnel peuvent avoir des hallucinations (par exemple, entendre des voix) et être en proie au délire (comme s'imaginer un complot et des persécutions). Le chapitre 9, qui traite des troubles du spectre de la schizophrénie, présente plus d'informations sur les hallucinations et les idées délirantes. Les critères diagnostiques de l'état confusionnel sont présentés dans l'encadré 15.1 à la page suivante.

L'état confusionnel n'est pas une maladie indépendante ; il s'agit d'un ensemble de symptômes qui surviennent quand le corps subit des stress majeurs et que le cerveau est affecté, généralement de manière indirecte (Gunther, Jackson et Ely, 2007).

Le cinéaste Gilles Carle est décédé des suites d'un TNC. Sa conjointe, Chloé Sainte-Marie, l'a soutenu jusqu'à la fin et a mis sur pied un projet de soutien aux proches aidants, la Fondation Maison Gilles-Carle.



La confusion de Claude

Claude est un avocat âgé de 67 ans qui vit avec Claire, sa conjointe. Il poursuit une belle carrière et voyage beaucoup. Il n'a ralenti aucune de ses activités professionnelles, bien qu'il aurait largement les moyens de prendre sa retraite. Au retour d'un voyage, alors que le couple descend de l'avion, Claire s'aperçoit que son conjoint se trouve dans un état qu'elle ne lui connaît pas. Claude cherche ses mots et reconnaît à peine sa compagne, et celle-ci se demande si la boisson alcoolisée servie durant le repas ne serait pas en cause. Elle lui demande ce qui ne va pas, mais il répond qu'il est seulement fatigué. Alors que Claire s'absente pour aller aux toilettes, Claude part à l'aventure et s'égare dans l'aéroport jusqu'à ce qu'elle finisse, après de

longues minutes, par le retrouver. En outre, Claude ne se souvient plus où est le stationnement, malgré des indications très claires et bien qu'il soit passé dans cet aéroport des dizaines de fois.

Dans l'auto, Claude semble de plus en plus confus ; il n'arrive pas à terminer ses phrases. Lorsque Claire lui dit qu'elle va prendre le volant, il se met en colère et dit des gros mots qu'il n'avait jamais prononcés auparavant. Elle décide alors de le conduire à l'hôpital. Le médecin qui le traite en urgence la rassure : Claude a été victime d'un léger malaise cardiaque qui a provoqué un état confusionnel. Il est maintenant hors de danger, et cette confusion va disparaître.

ENCADRÉ 15.1 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'état confusionnel

- A** Une perturbation de l'attention (c.-à-d. diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).
- B** La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée.
- C** Une autre perturbation cognitive (p. ex. un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions).
- D** Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution, et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma.
- E** Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance (c.-à-d. une drogue ou un médicament) ou d'une exposition à un produit toxique, ou est due à de multiples causes. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

La privation alimentaire, la déshydratation extrême, le stress prolongé, la privation de sommeil ou l'hypothermie peuvent favoriser l'apparition des symptômes de l'état confusionnel. Une perturbation qui touche à l'ensemble de l'organisme semble dérégler le fonctionnement du système nerveux. On observe souvent une désorganisation cognitive générale chez des patients en

phase terminale, si bien que plusieurs meurent en état confusionnel (Rockwood et Lindesay, 2002). Les spécialistes de la psychologie des mourants parlent du détachement du monde réel qui survient dans l'agonie (Monbourquette, 2007).

Le *DSM-5* reconnaît cinq sous-types d'état confusionnel, soit : l'intoxication due à une substance, le sevrage d'une substance, l'état confusionnel induit par la médication, l'état confusionnel attribuable à une affection médicale générale et l'état confusionnel attribuable à de multiples étiologies.

Les cas les plus fréquents d'état confusionnel sont attribuables à une affection médicale. Plusieurs maladies désorganisent indirectement les capacités cognitives sans agir directement sur le cerveau. Parmi ces maladies, on compte le cancer et certaines infections, notamment la pneumonie et les infections urinaires (Bourgeois, Seaman et Servis, 2003). Une forte fièvre provoquée par n'importe quelle infection peut entraîner des états de confusion plus ou moins marqués. Par exemple, les personnes atteintes de la malaria vivent souvent des états hallucinatoires (Boivin, 2002).

D'autres affections se manifestent sous la forme d'état confusionnel parce qu'elles touchent directement le système nerveux. C'est le cas des infections par le VIH, des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les coups reçus à la tête ou toute perturbation cérébrale peuvent aussi causer un état confusionnel (Siddiqi, Holmes et House, 2006).

L'état confusionnel associé à un trouble neurocognitif majeur constitue un cas particulier. En effet, il est facile de confondre un épisode temporaire d'état confusionnel avec un signe irréversible de dégénérescence du système nerveux. Le *DSM-5* met d'ailleurs en garde les intervenants en santé mentale contre cette confusion. En même temps, un TNC majeur rend le système nerveux plus fragile et donc plus susceptible de subir des états confusionnels temporaires sous l'influence d'autres facteurs réversibles de perturbations cognitives, comme une erreur de médication (Bourgeois, Seaman et Servis, 2003).

L'état confusionnel comme conséquence d'une affection médicale peut aussi provenir d'une réaction du système nerveux à des traitements (Siddiqi, Holmes et House, 2006). Des chirurgies sous anesthésie générale entraînent parfois de la confusion après l'opération. Ces états de confusion postopératoire se manifestent surtout par des pertes de mémoire.

Plusieurs autres cas sont attribuables à la consommation de substances psychoactives, tels certains médicaments ou des drogues récréatives. Les dépresseurs du système nerveux peuvent induire un état confusionnel, en particulier les opiacés et les médicaments de la classe des benzodiazépines. L'état confusionnel chez des personnes âgées est souvent une réaction à des interactions médicamenteuses, ou il peut être l'effet de surdoses, fréquentes chez des patients déjà affaiblis par la maladie (Cole, 2004). De jeunes enfants fiévreux peuvent réagir par des états de confusion aux médicaments administrés (Turkel et Tavaré, 2003). Les toxicomanes ayant consommé une surdose peuvent également souffrir de confusion.

Delirium tremens

Syndrome grave de sevrage de l'alcool marqué par la confusion et des hallucinations, ainsi que par de la fièvre et des tremblements.

Formication

Hallucination tactile caractérisée par la sensation que des insectes rampent sur le corps ou sous la peau.

Il arrive aussi, au contraire, que la confusion soit un symptôme de sevrage. On observe ce type d'état confusionnel lorsqu'une personne cesse de consommer une substance dont elle est dépendante. Le sevrage de l'alcool en particulier peut entraîner une forme grave de confusion appelée le **delirium tremens** (Thiercelin *et al.*, 2012). Tous les symptômes d'état confusionnel sont exacerbés dans le delirium tremens : la confusion cognitive est maximale et ressemble à une perte de contact avec la réalité. Elle est accompagnée d'hallucinations aiguës, faisant souvent intervenir des animaux (par exemple, la vision d'un éléphant rose provoquée par l'ivresse). Les hallucinations présentes dans le delirium tremens ne sont pas que visuelles ; elles sont aussi tactiles. Une hallucination tactile fréquente est la **formication**, qui est l'impression qu'un insecte rampe sur le corps ou sous la peau. Le delirium tremens comporte une détresse émotionnelle marquée. On observe souvent de la paranoïa et des attaques de panique. Il s'accompagne également de symptômes physiques graves comme de la fièvre et des tremblements des extrémités (qui sont d'ailleurs à l'origine de son nom).

L'état confusionnel peut aussi être précipité par des facteurs psychologiques. Chez les personnes âgées, l'hospitalisation et la perte des repères peuvent amener une sorte de sentiment de dépersonnalisation propice à la confusion cognitive (Doiron et Dupras, 2009). L'état confusionnel est d'ailleurs facilement confondu avec le trouble neurocognitif majeur lorsqu'il est observé dans un établissement de santé.

EXERCICE 15.1 | Les symptômes de l'état confusionnel**Vrai ou faux ?**

1. L'état confusionnel est un signe de dégénérescence irréversible du cerveau.
2. Les symptômes de l'état confusionnel varient beaucoup parce que les facteurs qui peuvent le précipiter sont nombreux.
3. Les symptômes de l'état confusionnel comportent de la confusion et un état altéré de conscience.
4. La confusion peut se manifester par des troubles de langage.
5. Les symptômes associés à un état confusionnel sont présents tous les jours pendant au moins une semaine.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

15.2.2 La prévalence de l'état confusionnel

On observe principalement l'état confusionnel chez les personnes malades, en traitement ou hospitalisées. C'est d'ailleurs en milieu hospitalier que l'on observe le plus de cas associés à tous les sous-types d'états confusionnels. Selon une étude menée par des chercheurs de l'Université McGill, au Québec, de 10 à 30 % des patients arrivant aux urgences présenteraient des symptômes de confusion (Élie *et al.*, 2000). Dans 40 % des cas, la confusion est liée à une affection médicale (Inouye, 2006). Près de 20 % des cas d'état confusionnel sont attribuables à des surdoses (Clegg et Young, 2011). L'état confusionnel peut aussi survenir dans les circonstances habituelles de la vie et même passer relativement inaperçu.

EXERCICE 15.2 | Les types d'états confusionnels

Vrai ou faux ?

1. L'état confusionnel survient le plus fréquemment à la suite d'un sevrage de l'alcool.
2. Les patients en phase terminale meurent souvent dans un état confusionnel.
3. La fièvre peut entraîner un état confusionnel.
4. L'hôpital est le principal milieu où on observe des états confusionnels.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

15.2.3 Les facteurs de risque et les traitements de l'état confusionnel

En plus des facteurs de risque spécifiques liés à chaque type d'état confusionnel (maladie, médicaments, etc.), Inouye (2006) affirme que des facteurs prédisposant à l'état confusionnel sont liés au vieillissement. Il met entre autres en évidence une perte générale d'efficacité cognitive, attribuable en partie à la carence de nombreux neurotransmetteurs, et une plus grande fragilité du système nerveux, associée notamment à une dégradation de la gaine de myéline des neurones.

Les stratégies de prévention peuvent tenir compte de ces facteurs à plus long terme en maintenant la stimulation cognitive des personnes âgées, notamment en établissement de santé. Il est recommandé d'encourager les patients hospitalisés à court ou à moyen terme à s'approprier leur milieu de soins en le décorant avec des photos ou des fleurs, ce qui leur permet de garder des repères familiers et de minimiser le choc du déplacement dans un nouveau milieu (Gleason, 2003). Dans plusieurs unités de soins au Québec, des patients âgés bénéficient du programme Hospital Elder Life Program (HELP). Ainsi, à l'aide de la stimulation, on prévient les états confusionnels en s'assurant de tenir les patients actifs et informés de ce qui se passe autour d'eux (Dugas, 2009).

Chez les résidents de centres de soins de longue durée, des stratégies de prévention consistent à leur laisser le plus de responsabilités possible. La prise en charge trop complète de tous les aspects de la vie est propice à une perte de vivacité d'esprit. Par exemple, il peut sembler plus simple aux administrateurs de laisser le personnel responsable de l'entretien ménager s'occuper des plantes dans une unité de soins. Pourtant, les résidents peuvent s'occuper de cette tâche; ils seront moins efficaces, mais les bénéfices thérapeutiques contrebalanceront largement cet inconvénient (Dugas, 2009).

La confusion, qui est le symptôme principal de l'état confusionnel, n'est généralement pas la cible spécifique des traitements. Ceux-ci visent plutôt le trouble de santé à l'origine de la confusion. On le guérit en traitant par exemple l'infection ou le cancer sous-jacent, ou en corrigeant la prescription de médicaments. Même si les traitements ne sont pas spécifiques, il est préférable d'agir rapidement sur les facteurs favorisant l'état confusionnel pour éviter d'éventuelles conséquences à long terme de l'état de confusion (Cole, 2004). Le tableau 15.1, à la page suivante, présente une synthèse des stratégies de traitement utilisées pour quatre des sous-types d'états confusionnels.

On administre des antipsychotiques, surtout de l'halopéridol, dans deux situations pour atténuer les manifestations de l'état confusionnel. D'une part, chez les alcooliques et les toxicomanes en période de sevrage, l'halopéridol peut aider à traverser les phases les plus pénibles du delirium tremens. D'autre part, ce médicament atténue l'anxiété qui accompagne la confusion chez des patients en phase terminale (Ross et Alexander, 2001). Il est utilisé dans les unités de soins palliatifs; les proches sont alors avisés (Beauvert, 2007). Dans 50% des cas, cependant, l'état confusionnel en phase terminale n'est tout simplement pas traité (Friedlander, Brayman et Breitbart, 2004). L'état de confusion peut être considéré comme une dimension normale de la déperdition générale des fonctions corporelles.

Tableau 15.1 Le traitement des sous-types d'état confusionnel

Sous-type d'état confusionnel	Traitement
Lié à une affection médicale	Traiter l'affection médicale, réduire la fièvre. Avec les patients en phase terminale : halopéridol.
Lié à une intoxication	Changer ou corriger la médication.
Lié à un sevrage	Halopéridol dans les cas de delirium tremens.
Étiologie mixte	Fournir un environnement rassurant et familial.

15.3 Les troubles neurocognitifs

Le trouble neurocognitif majeur (TNC majeur) et le trouble neurocognitif léger (TNC léger) sont deux états associés aux mêmes facteurs de dégénérescence des facultés cognitives. La différence entre les deux tient au degré de gravité des symptômes.

15.3.1 Une description clinique des troubles neurocognitifs

Autant l'état confusionnel est un état passager et d'apparition subite, autant le TNC majeur est généralement une affection permanente et à développement lent. Dans la plupart des cas, le TNC majeur est irréversible. Il s'agit d'une dégradation grave des fonctions cognitives à la suite de dommages subis par le système nerveux. Si la plupart des TNC majeurs s'installent lentement et graduellement, leur issue est fatale dans presque tous les cas. La dégradation des fonctions cognitives rend peu à peu impossibles l'autonomie, la vie sociale et, dans les phases terminales, elle mine le sentiment d'identité et la capacité de survivre. L'encadré 15.2 présente les critères du *DSM-5* pour le TNC majeur.

Les critères diagnostiques du TNC léger sont similaires à ceux du TNC majeur, à ces différences près que l'atteinte cognitive est mineure dans le TNC léger, et que les perturbations n'interfèrent pas avec le fonctionnement quotidien. Les personnes atteintes d'un TNC léger peuvent éprouver des difficultés particulières à tenir leur comptabilité ou à s'orienter dans un environnement nouveau; elles peuvent répéter les mêmes questions et commettre des oublis mineurs, mais dans les circonstances habituelles de l'existence, elles réussissent à se débrouiller de manière autonome (Anderson, Murphy et Troyer, 2012).

ENCADRÉ 15.2 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble neurocognitif majeur

- A** Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :
 1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
 2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B** Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).
- C** Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
- D** Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Étude de CAS

La mère du photographe Jean Grothé

C'est au milieu des années 1990 que la mère du photographe Jean Grothé a commencé à présenter des symptômes de troubles neurocognitifs. C'est à cette même époque que Grothé a entrepris de tenir un journal avec photos sur les dernières années de la vie sa mère, jusqu'à sa mort en 2001.

Dans les premiers temps, M^{me} Grothé inquiétait ses proches par de petits détails : elle oubliait de plus en plus souvent ce qu'ils lui disaient et perdait régulièrement ses clés ou son porte-monnaie. De plus, la cuisinière devait rester débranchée, car M^{me} Grothé laissait les casseroles sur les éléments de cuisson allumés.

Il est devenu évident que la mère du photographe souffrait de la maladie d'Alzheimer le jour où elle a commencé à s'égarer lors de ses promenades : elle pouvait mettre des heures à retrouver



La mère du photographe Jean Grothé s'est éteinte le 23 novembre 2001, après cinq longues années d'un courageux combat contre la maladie d'Alzheimer. Son fils a tenu un journal photographique comme souvenir des dernières années de sa vie.

À partir de 1998, la vieille dame passait l'essentiel de ses journées prostrée, dans un état passif, comme droguée.

son chemin ou, pire, il arrivait que les policiers doivent la ramener à la maison. Face à cet état de fait, ses enfants lui ont trouvé un appartement dans une résidence supervisée, mais ne comprenant pas ce qui lui arrivait, elle pleurait et demandait pourquoi elle était emprisonnée. De plus, dans les soupers familiaux, il lui arrivait de faire des gamineries, un comportement qui ne lui ressemblait pas.

En décembre 1997, Jean Grothé a emmené sa mère voir une exposition. Celle-ci s'est mise à le prendre pour son défunt mari, puis à se fâcher contre lui en l'accusant de se faire passer pour quelqu'un d'autre.



L'animatrice de radio Chantal Joly est décédée en 2012 des suites de la maladie de Parkinson. Cette maladie dégénérative du système nerveux se manifeste par des tremblements et des difficultés d'élocution, dont cette femme de paroles a témoigné avant de mourir.

Il existe des profils différents de dégénérescence cognitive qui sont associés à des facteurs différents de TNC majeurs. D'ailleurs, comme l'état confusional, le TNC majeur n'est pas tant une affection médicale indépendante qu'un syndrome à l'origine de plusieurs perturbations très différentes les unes des autres (Bear, Connors et Paradiso, 2007). Le tableau 15.2 présente quelques-uns des types de TNC majeur.

Il peut être difficile de déterminer le type précis de TNC majeur dont souffre un patient. Par exemple, faute d'outils diagnostiques sûrs, il est difficile de diagnostiquer avec certitude la maladie d'Alzheimer. La plupart des types de TNC majeur, comme ceux qui sont attribuables à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson, sont irréversibles et sont associés à des lésions irréparables au cerveau.

La dépression et certaines affections médicales curables peuvent entraîner une dégénérescence plus ou moins marquée des fonctions cognitives. Toutefois, moins de 10 % des cas de TNC majeur sont réversibles (Camicioli, 2006). Cette dégénérescence engendrée par la dépression et ces affections sont souvent confondues avec des TNC majeurs irréversibles, comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer, d'autant plus que les patients souffrant de cette maladie présentent aussi souvent des symptômes dépressifs.

Tableau 15.2 Quelques types de trouble neurocognitif majeur

Type de TNC majeur	Facteur principal
Réversible	Dépression, affections médicales
TNC vasculaire	Accident vasculaire cérébral (AVC)
TNC induit par une substance ou un médicament	Dégénérescence du cerveau due à l'intoxication par une substance
TNC attribuable à une lésion cérébrale traumatique (démence du boxeur)	Coups à la tête
TNC attribuable à une infection au VIH	Dégénérescence du cerveau attribuable à l'infection au VIH
Maladie de Parkinson	Dégénérescence du cerveau
Maladie d'Alzheimer	Dégénérescence du cerveau

Par ailleurs, des lésions irréversibles au cerveau peuvent survenir à la suite de coups répétés à la tête: il s'agit alors du **TNC majeur attribuable à une lésion cérébrale traumatique** (ou démence du boxeur), ou encore d'un **accident vasculaire cérébral (AVC)**. Un AVC est un infarctus ou une hémorragie qui se produit dans le cerveau, entraînant l'interruption de l'écoulement du sang dans les vaisseaux. Quand l'approvisionnement en oxygène cesse ou est insuffisant, les tissus cérébraux subissent des dommages. Selon l'ampleur et la localisation de ces dommages, des paralysies et des déficits cognitifs peuvent survenir. La capacité du cerveau à se réorganiser permet toutefois à des personnes qui ont subi un AVC de recouvrer une partie de leurs fonctions motrices et cognitives perdues, même si le tissu cérébral endommagé ne peut être régénéré. Dans certains cas, surtout lorsque plusieurs AVC se produisent, les dommages sont assez considérables pour causer l'apparition d'un TNC majeur

TNC majeur attribuable à une lésion cérébrale traumatique

TNC majeur attribuable à des coups à la tête.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Hémorragie ou infarctus entraînant un apport insuffisant d'oxygène au cerveau et par conséquent des dommages irréversibles aux tissus cérébraux.

(Bombois *et al.*, 2004). Il s'agit alors d'un **TNC vasculaire**. Ce type de TNC se distingue du TNC lié à la maladie d'Alzheimer de deux manières. D'abord, il s'établit assez rapidement, et non graduellement. Ensuite, le TNC vasculaire s'accompagne de pertes motrices spécifiques qu'on n'observe pas dans la maladie d'Alzheimer, comme de la difficulté à marcher et de la faiblesse dans les membres. Représentant près de 10% des cas de TNC majeur, la fréquence du TNC vasculaire est la deuxième en importance après la maladie d'Alzheimer. Contrairement aux autres types de TNC majeur, le TNC vasculaire touche plus souvent les hommes que les femmes parce que leur santé cardiovasculaire est moins bonne que celle des femmes (Alagiakrishnan, 2012).

Les TNC majeurs sont le plus souvent associés à des **maladies dégénératives du cerveau** qui entraînent une dégradation lente des fonctions cognitives (Wenk, 2003). La dégénérescence peut aussi provenir d'une exposition prolongée à un agent toxique. C'est le cas du **TNC induit par une substance ou un médicament**, par exemple l'alcool. Des personnes âgées qui ont été alcooliques pendant toute leur vie peuvent souffrir d'un TNC majeur appelé syndrome de Korsakoff (Kopelman *et al.*, 2009). La maladie à l'origine de la dégénérescence peut aussi résulter d'un ensemble de facteurs en interaction et mal connus, comme c'est le cas de la **maladie de Parkinson** ou de la maladie dégénérative du cerveau la plus fréquente, la **maladie d'Alzheimer**, responsable à elle seule de près de 70% des cas de TNC majeur. Plus de femmes que d'hommes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, en partie parce qu'elles vivent plus longtemps (Camicioli, 2006).

TNC vasculaire

TNC majeur associé à des lésions attribuables à des maladies vasculaires, principalement à des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Maladies dégénératives du cerveau

Ensemble d'affections neurologiques caractérisées par une dégradation progressive du système nerveux.

TNC induit par une substance ou un médicament

TNC associé à une dégénérescence permanente du cerveau, qui est attribuable à une consommation prolongée et massive d'une substance, notamment l'alcool.

Maladie de Parkinson

Maladie dégénérative du système nerveux qui se manifeste par des troubles caractéristiques de la motricité et de l'élocution.

Maladie d'Alzheimer

Maladie dégénérative du cerveau qui est responsable de la majorité des cas de troubles neurocognitifs.

EXERCICE 15.3 | Comment faire la distinction entre les types de TNC majeur ?

Déterminez le type de trouble neurocognitif le plus probable pour chacun des cas décrits ci-après :

1. Marguerite a subi plusieurs infarctus au cours des dernières années. Depuis son dernier accident vasculaire, ses facultés se sont grandement amoindries. Marguerite est devenue confuse et se déplace avec difficulté.
2. Daniel est tombé de cheval plusieurs fois durant sa carrière équestre. À 50 ans, il a commencé à avoir des oublis problématiques et à se perdre quand il sortait. Son état s'est si gravement détérioré qu'il a dû quitter sa maison pour un centre d'hébergement.
3. Mireille se surprend souvent à oublier des mots. Elle s'est perdue dernièrement et ne se souvenait plus dans quelle partie de la ville elle se trouvait. Quand le gardien de sécurité d'un parc lui a posé des questions, Mireille s'est aperçue qu'elle ne se rappelait plus sa date de naissance.
4. Christian a commencé à boire à 15 ans. Il pouvait boire 12 bières à lui seul sans paraître incommodé. Mais il a fini par devenir dépendant à l'alcool. Il a suivi plusieurs thérapies au cours de sa vie. Depuis quelques années, il donne l'impression d'être enivré de façon continue. Il est confus et doit être sous une surveillance constante dans le centre où il est hébergé, sinon il fait des fugues.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

La dégénérescence du système nerveux qu'on observe dans la maladie d'Alzheimer est bien décrite. Les critères diagnostiques pour le trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer sont présentés dans l'encadré 15.3.

ENCADRÉ 15.3 | Les critères diagnostiques du *DSM-5* pour le trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer

- A** Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B** Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).
- C** Les critères de la maladie d'Alzheimer, soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon une maladie d'Alzheimer possible sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
2. Les trois critères suivants sont présents :
 - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).
 - b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
 - c. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif). [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Plaques amyloïdes

Accumulation de protéines aux effets neurotoxiques qui entraînent la mort des neurones dans la maladie d'Alzheimer.

Enchevêtrements neurofibrillaires

Lésions observées dans le cerveau des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La description de la maladie d'Alzheimer remonte aux travaux menés au tout début du 20^e siècle par le médecin allemand Aloïs Alzheimer. Ce dernier a observé une patiente qui présentait, à 51 ans, les symptômes de ce qui était qualifié de sénilité précoce (Maurer, Volk et Gerbaldo, 1997). Lorsque cette patiente est décédée en 1906, Alzheimer a découvert dans son cerveau des plaques séniles ou **plaques amyloïdes**. Ces plaques sont des accumulations de protéines neurotoxiques qui se forment pour une raison inconnue et favorisent la mort des neurones, surtout dans le cortex et l'hippocampe (Massoud, 2009). L'hippocampe est une structure du cerveau qui joue un rôle important dans l'enregistrement des nouveaux souvenirs (voir le chapitre 2). Des travaux plus récents ont aussi permis d'observer dans le cerveau des patients atteints de la maladie d'Alzheimer des **enchevêtrements neurofibrillaires**, qui sont un autre type d'agrégats de protéines. Les facteurs qui favorisent leur formation sont mal connus, de même que leur rôle exact dans les pertes cognitives, mais on croit que ces enchevêtrements entravent la communication entre les neurones (Braskie *et al.*, 2010).

On associe la maladie d'Alzheimer (et les TNC majeurs) aux pertes de mémoire, mais toutes les fonctions cognitives sont touchées (voir le tableau 15.3).

Tableau 15.3 Comment la maladie d'Alzheimer affecte-t-elle chaque fonction cognitive ?

Fonction cognitive	Détérioration typique
Mémoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mémoire à court terme (dès le TNC léger) ▪ Mémoire à long terme (dans un TNC majeur)
Langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aphasie (trouble de la production et de la compréhension du langage) et agnosie (difficulté à nommer les objets)
Habilités motrices et sensorielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apraxie (perte d'habiletés)
Fonctions exécutives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés à organiser le quotidien (TNC léger) ▪ Désorganisation complète (TNC majeur avancé)
Cognition sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agnosie des visages, incapacité à reconnaître les proches

La manifestation la plus précoce de la plupart des TNC est une dégradation de la capacité à garder en mémoire le souvenir des événements récents (Bouchard et Rossor, 2008). Dans les premières phases, il est d'ailleurs impossible de déterminer si ces oublis ordinaires sont liés à une dégénérescence du système nerveux (Chertkow, 2008). Les oublis tendent cependant à se multiplier et à nuire aux activités quotidiennes. Par exemple, une personne sort faire l'épicerie, mais une fois dans la rue, elle oublie la raison de sa sortie. L'orientation est une autre faculté cognitive qui tend à se dégrader au début des TNC. Un des premiers signes qui alarment les personnes atteintes ou leur entourage est d'ailleurs souvent que ces personnes se perdent.

Des pertes des habiletés linguistiques et sociales se manifestent à des stades plus avancés des TNC. L'**aphasie** et l'**agnosie** se développent, c'est-à-dire la difficulté à reconnaître ou à nommer des objets (Chertkow, 2008). Une personne dont les fonctions cognitives se dégradent remplace souvent un mot par un autre, par exemple « table » au lieu de « lit », ou encore elle oublie le nom d'objets parfois très familiers. Les personnes souffrant d'un TNC majeur peuvent éprouver de la difficulté à reconnaître les visages, un symptôme qu'on nomme **agnosie des visages**. Au début, la reconnaissance peut se faire grâce à la voix pour compenser (Van Lancker *et al.*, 1988). Aux stades avancés de la maladie d'Alzheimer (et aussi d'autres TNC majeurs), il est fréquent de ne plus reconnaître du tout les gens, y compris les proches, dont le conjoint et les enfants.

Les habiletés motrices se dégradent aussi, y compris les habiletés apprises depuis très longtemps et pratiquées tout au long de la vie. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne parviendront plus à utiliser un ouvre-boîte ou un cadenas, par exemple. On nomme **apraxie** ces pertes motrices, qui peuvent être particulièrement dangereuses si une personne âgée aux premiers stades de TNC majeur conduit un véhicule ou utilise de la machinerie (Epstein *et al.*, 2003).

Aphasie

Trouble affectant la production du langage ou sa compréhension.

Agnosie

Difficulté à nommer les objets et dégradation générale du vocabulaire.

Agnosie des visages

Difficulté à reconnaître les visages.

Apraxie

Perte d'habiletés motrices.

Toutes les fonctions exécutives sont appelées à s'éteindre graduellement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Cloutier, 2010). Après la capacité à retenir de nouvelles informations, c'est toute la mémoire à long terme qui tend à se désorganiser. Les souvenirs factuels accumulés au cours de la vie se brouillent et disparaissent. Les souvenirs portant sur le récit de vie et les événements lointains résistent davantage, mais ils finissent par se dissoudre eux aussi, entraînant la perte de certains aspects du sentiment d'identité qui leur étaient liés. La capacité à planifier et les habiletés de raisonnement s'érodent. Ces pertes augmentent la dépendance, et les personnes frappées d'Alzheimer deviennent peu à peu incapables d'organiser leur vie ou de gérer leur budget. À des stades avancés, la désorganisation du comportement est complète. Les patients sont entièrement dépendants et n'ont plus de conscience ni de contrôle de soi. Ils peuvent par exemple uriner ou se masturber en public. Cette dissolution de l'identité, de la maîtrise de soi et même du sentiment d'être une personne constitue la dimension tragique des TNC majeurs.

Bien avant les phases terminales, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont souvent des lubies et des croyances irrationnelles (Sarazin, Horne et Dubois, 2008). Ces croyances constituent fréquemment un déni de l'ampleur des pertes vécues. Une personne âgée prétend, par exemple, qu'elle n'arrive plus à ouvrir les pots parce que l'eau du robinet qu'elle doit boire est empoisonnée. Les idées étranges prennent aussi la forme de délires de persécution qui consternent l'entourage : le voisin est un espion, par exemple, ou la banque a tenté de commettre une fraude.

La détérioration des capacités intellectuelles s'accompagne habituellement de symptômes émotionnels (Bouchard et Rossor, 2008). La maladie d'Alzheimer se manifeste par l'alternance d'états d'agitation et d'états apathiques. Les personnes atteintes dépensent une énergie stérile qui fatigue leurs proches, ou alors elles restent prostrées devant la télévision. Les comportements des patients évoquent l'immaturité, comme si ces derniers cherchaient délibérément à contrarier leur entourage. On note aussi des comportements agressifs assez fréquents. Ces comportements sont la plupart du temps dirigés contre les donneurs de soins. Ce qui est plus significatif encore, c'est que près de la moitié des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent aussi des symptômes cliniques de dépression, notamment un dérèglement du sommeil (Lyketsos et Olin, 2002). Les symptômes émotifs des TNC majeurs sont liés en partie aux pertes cognitives et en partie au sentiment déprimant de s'éteindre et de perdre le fil de sa vie (Thorpe, 2008).

Dans les phases terminales de la maladie d'Alzheimer, les fonctions cérébrales automatiques peuvent être affectées. Les patients ont par exemple de la difficulté à avaler. L'ensemble des fonctions corporelles présente un état d'affaiblissement. La respiration ou le maintien du rythme cardiaque sont compromis. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer meurent souvent de pneumonie ou de complications associées à leur inactivité (Volicer, 2008). L'espérance de vie moyenne pour les gens ayant reçu un diagnostic d'Alzheimer est de 10 ans, mais elle peut atteindre 20 ans (APA, 2015).

EXERCICE 15.4 | Le trouble neurocognitif majeur et la maladie d'Alzheimer

Parmi les énoncés suivants, lequel s'applique au trouble neurocognitif majeur, mais pas spécifiquement à la maladie d'Alzheimer ?

- | | |
|---|--|
| 1. La détérioration de la mémoire commence par de petits oublis portant sur des événements récents. | 4. Des plaques amyloïdes sont présentes dans le cerveau des personnes atteintes. |
| 2. Les personnes atteintes sont souvent agitées ou agressives. | 5. Dans la phase avancée, les personnes atteintes peuvent ne plus reconnaître leurs proches. |
| 3. Les dommages au cerveau surviennent après un accident vasculaire cérébral. | |

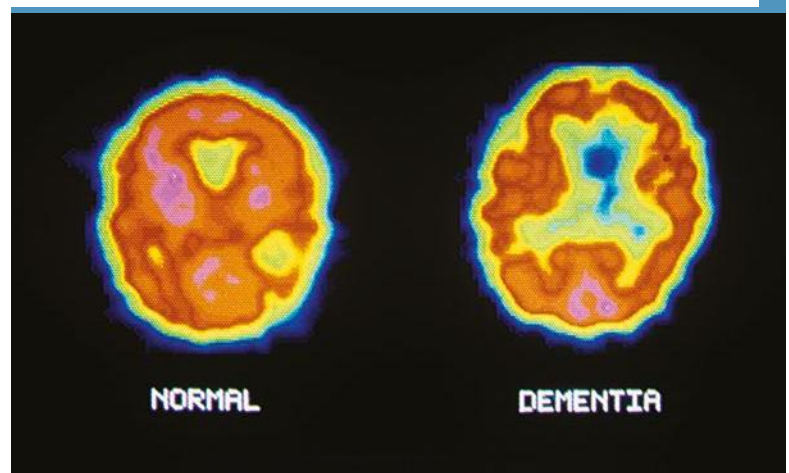
Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

15.3.2 La prévalence des troubles neurocognitifs

Les TNC peuvent toucher tous les groupes d'âge, mais ils affectent surtout les personnes âgées. Ces troubles ont d'ailleurs longtemps été désignés par le terme « sénilité ». L'inconvénient de ce terme est qu'il implique que la dégénérescence cognitive est une conséquence inévitable du vieillissement. Or, les TNC ne sont pas liés au processus normal du vieillissement. En réalité, il faut plusieurs années pour que ces troubles perturbent les fonctions cognitives. C'est pourquoi on les observe principalement chez les personnes atteignant ou dépassant la cinquantaine. Ainsi, plus âgées sont les personnes faisant partie des segments de population étudiés, plus forte est la prévalence des TNC. La maladie d'Alzheimer affecte de 5 à 10 % de la population, mais ce pourcentage grimpe à 25 % chez les 70 ans et plus, et à 40 % chez les 85 ans et plus (APA, 2015).

Les TNC majeurs sont en train de devenir un souci principal des agences de santé publique et des intervenants en santé mentale. Avec le vieillissement généralisé de la population mondiale et le recul de plusieurs causes de mortalité, on assiste à une véritable explosion de la prévalence des TNC majeurs, surtout dans les pays où le vieillissement est plus marqué, notamment en Europe et en Amérique du Nord (Ferri *et al.*, 2005). Ce sont particulièrement les TNC majeurs attribuables à la maladie d'Alzheimer qui progressent de manière alarmante et qui constituent un défi de santé publique. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer requièrent des soins lourds pendant de nombreuses années. Ils deviennent peu à peu complètement dépendants : ils doivent être nourris, habillés, lavés et ils sont incontinents dans les phases avancées de leur maladie. De plus, ils tendent à être

Les TNC s'observent surtout chez les personnes âgées, mais ils ne sont pas une conséquence du vieillissement normal. L'image ci-dessous compare l'activité cérébrale d'une personne âgée en santé (à gauche) avec celle très restreinte d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (à droite).



agressifs, et leur état de confusion peut les amener à agir de façon dangereuse. Une étude de la Société canadienne de l'Alzheimer, publiée en 2010, estime que le nombre de Canadiens souffrant de ce trouble devrait passer de 500 000 à 1 100 000 d'ici une génération. À l'heure actuelle, les coûts des soins prodigués sont de 15 milliards de dollars annuellement, et ils devraient dépasser les 153 milliards de dollars d'ici 20 ans. Plus préoccupant peut-être encore, on s'attend à ce que le temps de soins requis de la part des proches des patients Alzheimer passe de 231 à 756 millions d'heures, une statistique qui met en évidence le coût humain lié à la maladie.

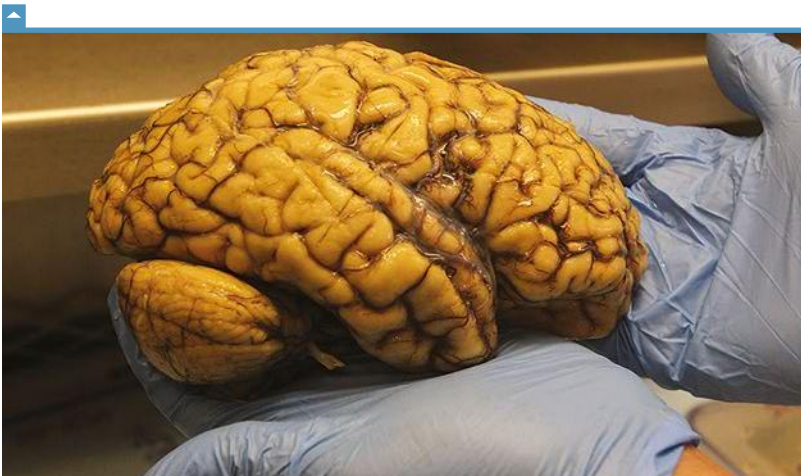
15.3.3 Les facteurs de risque et les traitements des troubles neurocognitifs

Bien que le TNC majeur ne puisse être guéri, il peut être en partie prévenu grâce à une hygiène de vie à long terme. Par exemple, la consommation modérée d'alcool, de saines habitudes alimentaires et l'exercice favorisent la santé cardiovasculaire, puisque cela contribue à maintenir un apport adéquat de nutriments et d'oxygène au cerveau. Les autres types de TNC majeur comportent un facteur important de prédisposition génétique, ce qui est le cas pour la maladie d'Alzheimer (Bouchard et Rossor, 2008). Des facteurs environnementaux difficiles à contrôler et à pondérer peuvent aussi prévenir ou accélérer l'apparition de la maladie. On a longtemps cru que l'aluminium pouvait être responsable des lésions au cerveau typiques de la maladie d'Alzheimer. Cependant, les données disponibles confortent peu cette hypothèse. La présence du mercure et de différents polluants et métaux lourds pourrait aussi favoriser l'apparition de la maladie. Chez les femmes, les œstrogènes préviendraient l'apparition de la maladie, car l'incidence est moins élevée chez les femmes ménopausées qui bénéficient d'un traitement de remplacement hormonal (Ankri, 2009).

En dépit du fait que la progression de la maladie d'Alzheimer semble incontrôlable, les habitudes de vie permettent d'influer quelque peu sur elle. Ainsi, on a fait une découverte qui pourrait comporter des avenues de prévention : plus le niveau d'éducation d'une personne est élevé, moins grande est la probabilité que cette personne souffre de la maladie d'Alzheimer (Ankri,

2009). Il semble que même chez les personnes les plus prédisposées, l'habitude de faire des efforts intellectuels ralentirait la progression de la maladie. Certaines tâches cognitives seraient particulièrement efficaces pour prévenir la maladie d'Alzheimer, en particulier la pratique de plusieurs langues. Des études démontrent que le taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer est plus bas chez les personnes bilingues, et encore plus bas chez les trilingues (Craik et Bialystok, 2009). Une tâche motrice semble

L'équipe de Judes Poirier, à l'Institut Douglas, a découvert un variant génétique qui réduit de 30 à 50 % le risque de souffrir de la maladie d'Alzheimer. Présent chez un quart des Québécois, cet « ange gardien » génétique porte avec lui une bonne nouvelle, car il existe un médicament capable d'imiter son effet et donc, peut-être, de retarder les symptômes de cette terrible maladie.





Plusieurs des personnes hébergées dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), comme le centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau, à Montréal (ci-dessus), souffrent de TNC majeurs à des phases avancées.

aussi renforcer le cerveau contre la maladie: exercer sa main la moins forte à accomplir des tâches de motricité fine (par exemple, se servir de sa main gauche pour écrire quand on est droitier). D'ailleurs, le taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer est moindre chez les gauchers que chez les droitiers, peut-être parce que les gauchers sont souvent forcés d'utiliser des outils conçus pour les droitiers (Doody *et al.*, 1999).

L'habitude du travail intellectuel agirait de deux manières (Ankri, 2009). D'abord, elle renforcerait le cerveau en multipliant les connexions neuronales et l'efficacité synaptique. Ensuite, chez les personnes qui seraient tout de même atteintes de la maladie d'Alzheimer, la base de connaissances accumulées augmenterait la capacité d'inventer des habiletés compensatoires. Certaines personnes seraient plus aptes, par exemple, à s'inventer un système d'aide-mémoire efficace pour compenser leurs oublis.

Les personnes qui sentent qu'elles commencent à perdre leurs facultés cognitives peuvent prolonger leur autonomie de plusieurs autres manières. Les systèmes d'aide-mémoire peuvent inclure des plans pour s'orienter, des informations biographiques et même la propre adresse de la personne concernée. Ces renseignements écrits serviront de repères lors des interactions avec autrui ou durant les moments de confusion (Cloutier, 2010).

Même avec les meilleures stratégies pour compenser les pertes, les personnes atteintes de TNC majeur finiront par devenir dépendantes. Le caractère graduel des pertes cognitives permet de prolonger le maintien à domicile avec le soutien des proches. Les enfants, et surtout le conjoint de ces personnes, deviennent alors des **aidants naturels** (ou proches aidants), qui les assistent dans la réalisation des tâches quotidiennes. Le degré croissant de dépendance, ainsi que l'agressivité, les lubies et la dépression dans le cas de la maladie d'Alzheimer, rendent l'assistance de plus en plus difficile. On

Aidant naturel

Personne proche (souvent le conjoint ou les enfants) d'une personne atteinte de trouble neurocognitif majeur et amenée à lui prodiguer des soins liés à sa perte d'autonomie.

observe d'ailleurs deux phénomènes qui sont liés à ce stress accru. D'abord, on remarque une assez forte prévalence de la dépression chez les aidants naturels. Ces derniers peuvent être accablés par l'ampleur de la tâche qui augmente chaque jour, alors que leur proche dément s'éteint et ne les reconnaît plus. Ensuite, on observe toutes sortes d'abus, voire de la violence, à l'endroit de personnes âgées qui subissent un déclin cognitif. Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par la vulnérabilité attribuable au TNC majeur, d'autre part par la frustration liée à la disparition de la lucidité et aux demandes constantes de la personne dépendante, surtout si cette dernière est agressive (Cloutier, 2010).

Placer une personne souffrant d'un TNC majeur dans un centre d'hébergement plonge souvent ses proches dans un dilemme, car ils savent que celle-ci y mourra vraisemblablement. Dans ces établissements (notamment les CHSLD), les soins sont prodigués de façon plus anonyme. On observe d'ailleurs un déclin des capacités cognitives chez plusieurs personnes âgées une fois qu'elles ont été placées. L'agitation et la propension des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à partir à l'aventure nécessitent souvent le recours à la contention et à d'autres mesures susceptibles de nuire à leur mobilité. Ploton (2009) souligne que le soutien empathique et le maintien d'un maximum d'autonomie sont des facteurs de ralentissement de la dégénérescence. Cependant, l'ampleur croissante des besoins qu'entraîne l'augmentation des cas de maladie d'Alzheimer fait en sorte que les établissements spécialisés sont souvent débordés (Bigaouette, 2005).

Dans l'état actuel des connaissances médicales, une fois amorcés, les TNC majeurs irréversibles ne peuvent être traités. Au mieux, des médicaments peuvent ralentir de quelques mois la dégénérescence du système nerveux. Ces médicaments ont des effets secondaires assez lourds, comme des nausées et des dommages au foie, qui amènent plusieurs patients à cesser leur traitement malgré les gains relatifs de leur fonctionnement cognitif (Chertkow, 2008). Même l'établissement d'un diagnostic sûr pour la maladie d'Alzheimer représente un défi pour la médecine, malgré des progrès récents (Massoud, 2009).

EXERCICE 15.5 | La maladie d'Alzheimer

Vrai ou faux ?

1. La maladie d'Alzheimer peut être guérie.
2. L'exercice des habiletés intellectuelles réduit la probabilité d'apparition de la maladie d'Alzheimer.
3. On peut prolonger l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en utilisant des aide-mémoire et d'autres stratégies.
4. Plus d'hommes que de femmes sont atteints de la maladie d'Alzheimer.
5. La maladie d'Alzheimer entraîne des coûts astronomiques dans le système de santé.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

EN RELIEF**Le soutien aux aidants naturels**

Dépressions accrues, mortalité plus élevée, ces données alarmantes le prouvent : les aidants naturels souffrent de leur isolement et de l'ampleur de leur tâche quand ils doivent prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. En même temps, leur rôle est indispensable.

En effet, les personnes âgées subissant un déclin cognitif ne peuvent survivre si elles sont seules, et les ressources que les services de santé mobilisent pour leur prodiguer des soins représentent déjà un coût astronomique pour la société.

La tendance est donc de reconnaître et de soutenir les aidants naturels, y compris financièrement. Les ressources financières investies auprès des aidants naturels constituent d'ailleurs un meilleur investissement que les sommes dépensées à construire plus d'établissements d'hébergement.

Les aidants naturels sont plus aptes que les centres d'hébergement à fournir une assistance personnalisée et à maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées. Les centres de soins coûtent très cher et sont souvent la dernière étape avant la mort.



Le Baluchon Alzheimer est un exemple de ressource communautaire qui propose plusieurs formes de soutien aux aidants naturels, le plus notable étant des services d'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui permet aux aidants naturels de s'accorder un peu de répit.

En plus du soutien financier, d'autres services sont offerts aux aidants naturels. Il existe des groupes de soutien et d'entraide qui permettent la mise en commun des savoirs. On peut assister à des séances de formation afin d'y apprendre, notamment, les stratégies servant à gérer les comportements agressifs des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Au lieu du placement définitif en établissement, on propose aux aidants naturels des ressources pouvant prendre en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pour une période de quelques jours. Ce type de service permet aux aidants naturels de se reposer, car leurs tâches envahissent parfois toute leur vie.

RÉSUMÉ



Fiche de révision

Une description des troubles neurocognitifs

- Les troubles neurocognitifs sont des perturbations temporaires ou permanentes des fonctions cognitives, généralement liées à des atteintes au système nerveux chez des personnes âgées.

L'état confusionnel (delirium)

- L'état confusionnel est une perturbation temporaire des fonctions cognitives; il survient en réponse à un élément de stress majeur, mais réversible, qui touche le système nerveux.
- L'état confusionnel comporte un état de conscience altéré, de la confusion et une perturbation générale plus ou moins marquée de toutes les fonctions cognitives, notamment du langage et de la mémoire.
- Les types les plus fréquents de delirium sont ceux liés à une affection médicale générale, à une surdose ou à une interaction médicamenteuse, ou encore au sevrage d'une substance psychoactive, particulièrement de l'alcool.

Les troubles neurocognitifs (TNC)

- Le trouble neurocognitif majeur est une détérioration graduelle et généralement irréversible de toutes les fonctions cognitives.
- Le trouble neurocognitif léger est une détérioration des fonctions cognitives qui ne compromet pas de manière significative le fonctionnement et qui n'hypothèque pas l'autonomie.
- Les pertes de mémoire constituent les symptômes les plus marquants de trouble neurocognitif majeur, surtout aux premiers stades. Ces pertes sont suivies d'une détérioration de toutes les fonctions cognitives, qui entraîne une perte d'autonomie et habituellement la mort.
- Le facteur principal du trouble neurocognitif majeur est la dégénérescence du cerveau attribuable à des dommages au tissu cérébral, ce qui survient à la suite d'un traumatisme quelconque, d'une intoxication massive à l'alcool ou de maladies dégénératives aux étiologies mal connues.
- La maladie dégénérative du cerveau la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer.
- Le trouble neurocognitif majeur est incurable, mais il peut être en partie prévenu et atténué.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Baluchon Alzheimer
www.baluchonalzheimer.com

Exemple de ressource de soins à domicile
www.soinsgabrielle.com/services-accompagnement-a-domicile.html?gclid = CKmOkanQrbICFUfd4Aodln0Aow

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer
www.alzheimer.ca/fr/federationquebecoise

Fondation Maison Gilles-Carle
www.fondationmaisonillescarle.org

Radio-Canada. (2013). Claude et Claudette: une histoire d'amour et d'Alzheimer. Programmation spéciale. ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2013/10/29/002-claude-claudette-danny-braun-alzheimer-maladie.shtml

Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal
www.raanm.net/fr

Société Alzheimer du Canada
www.alzheimer.ca

Société Parkinson Canada
www.parkinson.ca/site/c.jpIMKWOBJoG/b.3536667/k.BF30/Home.htm

LES TROUBLES LIÉS À L'IDENTITÉ DE GENRE ET À LA SEXUALITÉ

Par Jade Landry-Cuerrier

PLAN DU CHAPITRE

16.1	La dysphorie de genre	401
16.1.1	Une description clinique de la dysphorie de genre	401
16.1.2	Les facteurs de risque liés à la dysphorie de genre	405
16.1.3	Les interventions et les traitements de la dysphorie de genre	406
16.2	Les dysfonctions sexuelles	408
16.2.1	Une description clinique des dysfonctions sexuelles	408
16.2.2	Les facteurs de risque liés aux dysfonctions sexuelles	415
16.2.3	Les interventions et les traitements des dysfonctions sexuelles	417
16.3	Les paraphilies et les troubles paraphiliques	418
16.3.1	Une description clinique des paraphilies et des troubles paraphiliques	419
16.3.2	Les facteurs de risque liés aux paraphilies et aux troubles paraphiliques	424
16.3.3	Les interventions et les traitements des paraphilies et des troubles paraphiliques	426



Les attitudes et les comportements sexuels varient grandement d'une personne à l'autre, mais aussi d'une époque et d'une culture à l'autre. De nos jours et dans notre culture occidentale, la société est peut-être un peu plus tolérante envers la diversité sexuelle. Certains comportements sexuels qui étaient auparavant considérés comme la manifestation de troubles mentaux sont aujourd'hui jugés normaux.

Prenons comme exemple l'homosexualité. Elle est encore illégale dans plusieurs pays et les violences contre les personnes homosexuelles sont fréquentes partout dans le monde. Cependant, l'homosexualité a été retirée du répertoire des troubles psychologiques de l'Association américaine de psychiatrie en 1973, alors que la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a conservé l'homosexualité dans ses diagnostics jusqu'en 1992 (Briki, 2009). L'homosexualité n'est donc pas un trouble psychologique ni sexuel, mais plutôt une variation tout à fait normale de l'expression sexuelle. Toutefois, des difficultés liées à l'acceptation de l'orientation sexuelle, que ce soit sur le plan personnel ou de l'environnement social, occasionnent parfois des problèmes d'adaptation ou des troubles psychologiques¹.

Par ailleurs, certains comportements qui sont toujours considérés comme anormaux ici sont présentement acceptés et légalisés ailleurs. Par exemple, la Suède a retiré des registres des maladies officielles le transvestisme, le fétichisme et le sadomasochisme, dont il sera question plus loin.

Dans ce chapitre, nous décrivons trois types de comportements sexuels, considérés jusqu'à ce jour comme des troubles psychologiques en Amérique du Nord. Il s'agit de la dysphorie de genre, des dysfonctions sexuelles et des troubles paraphiliques.

Nous résumerons également les modifications concernant les troubles sexuels qui figurent depuis 2013 dans le manuel diagnostique de l'Association américaine de psychiatrie (*DSM-5*).

Mais d'abord, abordons la question de la normalité à travers une réflexion sur la santé sexuelle (*voir la rubrique En relief suivante*).

1. Il existe plusieurs ressources pour aider une personne à accepter son orientation sexuelle, par exemple le document *Bien vivre son orientation sexuelle* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

EN RELIEF**La santé sexuelle**

En 2002, l'OMS proposait une définition de la santé sexuelle qui comportait une certaine acceptation de la diversité sexuelle : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité ; et non seulement l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles aussi bien que la possibilité de vivre des expériences sexuelles plaisantes et sans danger, dénuées de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les

droits sexuels de chacun doivent être respectés et protégés » (OMS, 2002).

Malheureusement, les tabous et les préjugés, ainsi que la conception plutôt traditionnelle ou fermée d'une sexualité dite « normale » peuvent parfois amener à considérer certains comportements comme anormaux plutôt que comme des variations normales de l'expression sexuelle. Ainsi, la santé sexuelle peut être liée à plusieurs facteurs personnels, mais aussi à des facteurs sociaux comme le droit à la liberté sexuelle, l'acceptation de la diversité sexuelle et le droit à la dignité.

EXERCICE 16.1 | Une réflexion personnelle sur votre santé sexuelle

En établissant un lien avec la définition de l'OMS que vous venez de lire, évaluez votre propre santé sexuelle. Considérez l'interaction de plusieurs facteurs physiques (caractéristiques de votre corps, maladies, etc.),

psychologiques (pensées, émotions, comportements) et socioculturels (relations, communication, préjugés, tabous, ouverture et acceptation de votre groupe social, influence des médias, etc.) liés à votre sexualité.

16.1 La dysphorie de genre

Les notions de **sexe** et de **genre** font l'objet de controverse. Elles sont souvent considérées comme synonymes, et leur description fait appel à une grande variété de termes qui n'ont pas toujours la même signification selon les époques et les personnes qui les utilisent. Les termes « sexe » et « sexuel(le) » font généralement référence aux caractéristiques biologiques de l'homme et de la femme, en tant que mâle et femelle d'une espèce possédant des organes génitaux et des fonctions reproductives spécifiques. Par contre, le terme « genre » fait plutôt référence aux caractéristiques sociales acceptées et partagées concernant les rôles ou les comportements masculins et féminins, le fait d'agir et de vivre en tant que garçon ou fille, homme ou femme.

Le sentiment d'appartenance qu'éprouve une personne à un sexe ou à l'autre, ou encore sa conviction intérieure d'être un homme ou une femme se nomme l'**identité de genre** (ou sexuelle). Ce sentiment d'appartenance prend forme chez le jeune enfant à travers un processus appelé l'**identification de genre** (ou sexuelle) (Zucker et Bradley, 2004). La plupart du temps, l'identité sexuelle d'une personne correspond à son sexe anatomique, sauf dans les cas de dysphorie de genre.

16.1.1 Une description clinique de la dysphorie de genre

La **dysphorie de genre** (anciennement appelée le trouble de l'identité sexuelle) survient lorsque le sexe anatomique ou physiologique d'une personne ne

Sexe

Ensemble des caractéristiques qui permettent de distinguer les mâles et les femelles d'une espèce; ensemble des individus mâles ou femelles.

Genre

Ensemble des caractéristiques psychologiques, sociales et culturelles typiquement associées au sexe masculin ou féminin.

Identité de genre

Sentiment d'appartenance psychologique à un genre qu'éprouve une personne, ou conviction intérieure d'être un homme ou une femme.

Identification de genre

Processus au cours duquel l'enfant développe son identité sexuelle ou de genre.

Dysphorie de genre

Trouble psychologique où le sexe anatomique d'une personne ne correspond pas à l'identité sexuelle ressentie par celle-ci, provoquant de la détresse ou des problèmes de fonctionnement.

correspond pas à son identité de genre, ce qui entraîne une souffrance importante ou une altération de son fonctionnement. Ici, le problème n'est pas sexuel ni identitaire à proprement parler : il est plutôt associé à la détresse que ressent la personne ou à des problèmes de fonctionnement. La personne qui souffre de dysphorie de genre est insatisfaite de son sexe biologique. Elle ressent une incongruité ou une incompatibilité entre, d'une part, son identité de genre et, d'autre part, le sexe et le genre qui lui ont été assignés par la nature et la société. La personne s'identifie psychologiquement à l'autre genre, elle se sent emprisonnée dans un corps du mauvais sexe et elle souffre de ne pouvoir vivre ouvertement sa vie comme une personne de l'autre genre (*voir l'étude de cas suivante*) (Cole *et al.*, 1997). Elle peut alors avoir des problèmes de fonctionnement. Par exemple, l'enfant peut s'isoler et refuser d'aller à l'école ; l'adolescent ou l'adulte peut vivre des difficultés dans ses relations sociales et sexuelles, ou encore des problèmes de décrochage scolaire, de perte d'emploi ou des difficultés financières, etc.

La détresse et les problèmes de fonctionnement peuvent être grandement diminués ou même disparaître lorsque la personne a effectué une prise de conscience et une acceptation de soi, de même que lorsque son environnement social l'accepte, la soutient dans son désir de s'identifier à l'autre genre et lui permet de faire des changements en ce sens (Groupe d'étude sur la transidentité, 2010).

Transgenre

Personne qui s'identifie psychologiquement à un genre différent de son sexe anatomique ou biologique et qui peut s'afficher en tant que personne de l'autre genre.

Transsexuel

Personne dont le sexe anatomique ne correspond pas au sexe psychologique et qui souhaite faire ou a déjà fait une transformation de femme vers homme ou d'homme vers femme, ce qui peut impliquer des interventions médicales.

Trans

Terme général et inclusif désignant les individus transgenres et transsexuels, ou encore le transgenrisme ou la transsexualité.

Orientation sexuelle

Attirance affective et sexuelle d'un individu envers des personnes de l'autre sexe (hétérosexualité), des personnes de son propre sexe (homosexualité) ou des personnes des deux sexes (bisexualité).

Ainsi, lorsque la personne ne présente pas de souffrance ou de problème de fonctionnement, il n'est pas question de trouble de santé mentale et on utilise alors les termes transgenre et transsexuel. Le terme **transgenre** fait référence à un large éventail d'individus qui s'identifient, de façon permanente ou temporaire, à un genre différent de leur sexe anatomique à la naissance. Le terme **transsexuel** correspond à une personne qui souhaite faire ou a déjà fait une transition de genre, c'est-à-dire une transformation de ses comportements sociaux impliquant un passage de femme à homme ou d'homme à femme. Cette transformation peut impliquer des modifications physiques, hormonales et chirurgicales de l'anatomie corporelle (APA, 2015). Toutefois, certains individus souhaitent seulement adopter l'apparence physique et vestimentaire, l'identité socioculturelle ou la sexualité de l'autre sexe (Carroll, 1999).

Puisque la nuance entre transgenre et transsexuel est mince et parfois sujette à débats, nous utiliserons le terme général et inclusif **trans** dans les lignes qui suivent.

La dysphorie de genre peut apparaître dès l'enfance, entre l'âge de 2 et 4 ans. Certains individus disent que, aussi loin qu'ils se souviennent, ils ont toujours été convaincus d'appartenir à l'autre sexe (Zucker, 2005a; 2005b), ou encore qu'ils avaient, étant enfants, une préférence claire pour les vêtements, les activités ou les rôles associés à l'autre sexe (Frignet, 2000). Ce trouble peut également apparaître à l'adolescence, vers l'âge de la puberté ou plus tard, à l'âge adulte. Les manifestations de la dysphorie de genre sont différentes selon le groupe d'âge (*voir l'encadré 16.1*).

Il convient de ne pas confondre l'identité de genre et l'**orientation sexuelle**. En effet, une personne ayant une dysphorie de genre peut être attirée vers l'un ou l'autre sexe. Par conséquent, un individu trans peut être hétérosexuel, homosexuel ou bisexuel.

Étude de
CAS

« J'aimerais être un garçon... »

Bonjour,

J'ai grandi dans un quartier de Montréal dans une famille ordinaire. Lorsque j'étais jeune, je me posais beaucoup de questions sur qui j'étais et je me répétais toujours que j'étais spécial et différent des autres. Mais je ne savais pas encore pourquoi. J'étais juste une fille qui faisait tout comme un garçon et qui excellait dans la majorité des sports. Ce qui m'a aidé à traverser les périodes difficiles de l'adolescence, dont la recherche de mon identité, c'est mon talent et ma passion pour le basketball. Lorsque je suis entré au cégep, j'ai joué dans l'équipe de basketball AAA, mais je me suis aussi affirmé dans ma sexualité. J'aimais les femmes et non les hommes.

Ce sentiment, je l'avais toujours eu depuis que j'étais petit. J'avais aussi le sentiment d'être un homme à l'intérieur de moi, je ne savais juste pas encore qu'il m'était possible d'en devenir un. Par la suite, je suis sorti avec plusieurs lesbiennes, mais un sentiment revenait constamment me préoccuper. Selon moi, je n'étais pas gay ou lesbienne, j'étais un homme qui sortait avec une fille et cela se voyait clairement dans mes relations, dans mon comportement et dans mon attitude. À cause de cette confusion, j'ai eu des problèmes d'alcool, j'étais souvent déprimé et très agressif envers tout le monde. J'ai commencé à me douter que quelque chose n'allait pas.

À ce moment, j'ai rencontré une femme qui m'a permis d'être moi-même, de me sentir bien en tant que personne et en tant qu'homme dans notre couple. Cependant, quelque chose me manquait toujours et je n'étais pas heureux. J'ai alors fait des recherches Internet et j'ai découvert des vidéos d'hommes transgenres et transsexuels, donc des femmes qui sont devenues des hommes. À ce moment, j'avais 21 ans,

j'ai su que ces personnes étaient comme moi ! C'était ce que je ressentais depuis ma jeune enfance. Je n'avais aucune idée de ce qu'étaient les personnes trans et des possibilités de changer de sexe.

Quelques semaines plus tard, j'ai pris mon premier rendez-vous pour aller voir une psychologue, pour commencer mon processus de prise hormonale (testostérone). Par la suite, tout est allé vraiment vite, j'ai commencé les hormones le 30 avril 2014 et j'ai maintenant de la barbe, une voix grave et j'ai fait mon opération de mastectomie. À la suite de ma prise d'hormone, j'ai enfin commencé à être bien dans ma peau et à être heureux.

Ce que j'aimerais dire aux personnes transgenres ou transsexuelles ou qui pensent l'être, c'est de ne pas avoir peur, car vous n'êtes pas les seuls à vous sentir ainsi. Vous n'êtes pas anormal ou atteint de maladie mentale parce que vous sentez le besoin de changer de genre ou de sexe. Cela dit, ça prend du courage pour s'affirmer et passer à travers le processus de changement. Mais si c'est vraiment ce que vous ressentez dans votre cœur et dans votre âme, alors faites-le et n'ayez pas peur, car ce périple, en tout cas pour moi, est le plus beau, le plus excitant et le plus important changement dans ma vie. Ce changement a fait et continue de faire de moi une personne de plus en plus forte, déterminée, sereine et ouverte d'esprit.

Je suis maintenant en fin de DEC et la session prochaine, j'entre à l'Université de Montréal pour commencer mon bac. Rien n'est impossible si vous croyez en vous et si vous avez la détermination et le courage de faire ce que vous ressentez être la meilleure chose pour vous.

Jayson, 23 ans, avril 2015

ENCADRÉ 16.1 | Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la dysphorie de genre

Dysphorie de genre chez les enfants

A Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins six des items suivants (le critère A1 en faisant obligatoirement partie) :

1. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent que celui qui lui a été assigné).

Caractéristiques sexuelles primaires

Ensemble des organes génitaux internes et externes présents dès la naissance, par exemple les testicules et le pénis chez le garçon ou les ovaires et le clitoris chez la fille.

Caractéristiques sexuelles secondaires

Ensemble des transformations associées à la sexualisation du corps lors de la puberté à l'adolescence, par exemple l'apparition de la barbe et le développement musculaire chez le garçon ou le développement des seins et l'élargissement des hanches chez la fille.

2. Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme ou, chez les filles (genre assigné), préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
 3. Dans les jeux de « faire semblant » ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
 4. Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
 5. Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
 6. Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
 7. Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
 8. Désir marqué d'avoir les **caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires** qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien.
- B** Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants.

Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes

- A** Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :
1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
 2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
 3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
 4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- B** Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. [...]

Source : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

Les statistiques

La dysphorie de genre est assez rare, et généralement plus d'hommes en sont affectés. Selon des études réalisées en Suède, en Australie et aux Pays-Bas, un homme biologique sur 11 000 à 37 000 serait touché par ce trouble, comparativement à une femme biologique sur 30 000 à 150 000 (Baker *et al.*, 1993; Ross *et al.*, 1981). Selon l'APA (2015), la prévalence de la dysphorie de genre serait d'environ 0,01 % chez les hommes biologiques et de 0,0025 % chez les femmes biologiques. Néanmoins, puisque plusieurs individus touchés ne demandent pas de traitement et ne sont donc pas pris en compte dans les statistiques, ces chiffres sont probablement fortement sous-estimés.

Les personnes qui ressentent une dysphorie de genre et qui ne reçoivent pas de traitement ont plus de risques de souffrir d'autres problèmes de santé mentale et présentent un risque de suicide plus élevé (Groupe d'étude sur la transidentité, 2010).

Les différences culturelles

Certaines cultures acceptent ou tolèrent que les individus soient ambigus en ce qui concerne leur identité, leur apparence et leurs comportements sexuels. Il arrive que ces personnes jouent un rôle social particulier dans la communauté, par exemple celui de sage ou de chamane (Stoller, 1976). L'existence de personnes appelées bispirituel(le)s a été documentée dans plus de 130 tribus d'Amérique du Nord (Roscoe, 1991). Par ailleurs, la dysphorie de genre est rapportée dans de nombreux pays et cultures (APA, 2015).

16.1.2 Les facteurs de risque liés à la dysphorie de genre

Aucune recherche n'a encore déterminé clairement l'origine de la dysphorie de genre (Cole *et al.*, 2000) et il existe un grand débat à ce sujet dans le monde scientifique. Plusieurs hypothèses biologiques ou psychosociales ont été avancées, mais elles ont toutes été remises en question. De façon générale, il semble se dégager un consensus sur le fait que des facteurs biologiques et psychosociaux interagiraient pour influencer sur le développement du sentiment d'identité de genre d'une personne.

Les facteurs biologiques de la dysphorie de genre

Des hypothèses concernant la contribution de facteurs génétiques et prénataux au développement de la dysphorie de genre ont été formulées. Des recherches sur les jumeaux avancent l'idée que la dysphorie de genre pourrait être associée à une vulnérabilité génétique ou héréditaire (Heylens *et al.*, 2012). Les risques de transsexualisme seraient plus élevés chez les jumeaux identiques que chez les jumeaux non identiques ou les frères et sœurs d'une même famille (APA, 2015).

Les anomalies génétiques, hormonales et anatomiques liées à l'**intersexualité** (ou intersexuation, ou trouble du développement sexuel, anciennement appelé



Au Nouveau-Mexique, parmi les Indiens zuñis, des hommes-femmes appelés berdaches jouent, depuis plus de 600 ans, un rôle important dans la communauté, celui de chamane ou de guérisseur.

Intersexualité

Présence, à la naissance, de caractéristiques sexuelles ambiguës chez un individu, comme des organes génitaux internes ou externes plus ou moins bien formés et développés ou présentant des caractéristiques liées aux deux sexes.

hermaphrodisme) influeraient aussi sur le développement de la dysphorie de genre (Dortier, 2012). Il y aurait une association particulière entre la dysphorie de genre et une vulnérabilité biologique issue de variations hormonales prénatales (Van Goozen *et al.*, 2002). Par exemple, l'augmentation du taux de testostérone ou d'œstrogènes, à certaines périodes critiques du développement du fœtus lors de la grossesse, pourrait masculiniser le cerveau d'un fœtus fille ou féminiser celui d'un fœtus garçon. Ainsi, les conditions d'intersexualité ou les problèmes physiques de développement sexuel semblent faire augmenter les risques de dysphorie de genre, surtout si la production et l'action des hormones sexuelles ont été anormales lors du développement prénatal du fœtus. Il faut toutefois noter que plusieurs personnes présentant une intersexualité ou des comportements de genre atypiques ne développent pas de dysphorie de genre (APA, 2015).

Les facteurs psychosociaux de la dysphorie de genre

Stéréotypes sexuels

Images préconçues et typiques à propos des comportements et des rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes.

Pour tenter d'expliquer l'origine de la dysphorie de genre, certaines recherches font état de plusieurs facteurs liés à l'environnement familial et sont rapportées ici à titre illustratif seulement, car elles restent anecdotiques, non confirmées et peu récentes. Chez l'homme, on note l'absence de père ou une pauvre identification à un modèle masculin, l'absence d'une relation entre les parents, une relation étroite et fusionnelle avec la mère, un attachement insécurisant envers la mère ou encore, le manque de partenaires de jeu du même sexe (Czermak *et al.*, 1996; Green, 1987; Stoller, 1969; Zucker, 2008). Une préférence marquée des parents quant au sexe de leur enfant pourrait aussi influencer sur son éducation et favoriser la transmission de **stéréotypes sexuels** (Bradley et Zucker, 1997; Cohen-Kettenis, 2005; Zucker, 2005a; 2008; Zucker et Bradley, 1995). Par ailleurs, on remarque que les hommes avec une dysphorie de genre ont plus souvent des frères plus âgés (APA, 2015). Toutefois, plusieurs personnes qui ont connu des situations familiales semblables ne présentent pas de dysphorie de genre.

Ainsi, les hypothèses explicatives semblent indiquer une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Toutefois, les facteurs étiologiques précis et leurs interactions restent à déterminer et, par conséquent, l'origine exacte de la dysphorie de genre demeure inconnue à ce jour.

16.1.3 Les interventions et les traitements de la dysphorie de genre

De plus en plus de professionnels et de cliniques spécialisées offrent des services liés à la dysphorie de genre et les interventions sont souvent plus précoces qu'auparavant. Actuellement, deux types d'intervention sont disponibles: le premier fait appel à la dimension biologique ou médicale et le second, à la dimension psychosociale (Carroll, 1999; 2000).

La dimension biologique

Les interventions biologiques et médicales concernant la transsexualité visent à modifier l'apparence du corps pour qu'il soit plus conforme au genre auquel l'individu s'identifie psychologiquement. Plusieurs de ces interventions sont irréversibles et ce ne sont pas toutes les personnes trans qui souhaitent s'y

soumettre. Ces traitements peuvent faire appel à une thérapie hormonale, ainsi qu'à des chirurgies plastiques et à des changements de sexe.

La thérapie hormonale se fait sous supervision médicale. Elle permet à une femme biologique qui souhaite devenir un homme de masculiniser son corps en recevant des injections de testostérone, ce qui a pour effet d'augmenter la masse musculaire, de développer la pilosité, etc. Un homme qui souhaite devenir une femme recevra plutôt des hormones femelles, comme les œstrogènes, qui féminiseront son corps en lui donnant des rondeurs, en adoucissant la peau, etc.

Les interventions esthétiques et chirurgicales sont différentes pour les hommes et les femmes. Afin de féminiser son corps, une personne trans peut recevoir des traitements d'épilation, des chirurgies plastiques du visage, ainsi qu'une chirurgie d'augmentation mammaire. Un individu trans qui souhaite masculiniser son corps peut, entre autres, obtenir une mastectomie (ablation des seins), et peut-être aussi une ovariectomie (ablation des ovaires) ou une hystérectomie (ablation de l'utérus).

La dernière intervention possible est le **changement chirurgical de sexe** (ou réassignation du sexe, ou réassignement sexuel, ou changement de sexe). La chirurgie modifie radicalement l'anatomie des organes génitaux de manière à la faire correspondre le plus possible à celle de l'autre sexe: transformation homme vers femme ou femme vers homme. Ce type de chirurgie étant irréversible, on ne peut y avoir accès que si l'on satisfait à certains critères. Ainsi, la personne doit: 1) participer à une évaluation psychologique complète; 2) faire preuve de stabilité psychologique, identitaire, financière et sociale (Blanchard et Steiner, 1990); 3) avoir vécu en adoptant le rôle de l'autre sexe pendant au moins un an; 4) suivre une thérapie par traitement hormonal, où la prise d'hormones permet d'acquérir les caractères sexuels secondaires de l'autre sexe, par exemple le développement des seins chez un homme ou de la barbe chez une femme (Augst-Merelle, 2006). Lorsque l'individu est satisfait de cette période d'essai et qu'il s'adapte bien à son nouvel état, il peut passer, s'il le souhaite, à l'étape de la chirurgie. La transformation génitale femme vers homme (**phalloplastie**) est plus complexe à réaliser, l'intervention est plus coûteuse et le pénis reconstruit est moins fonctionnel. La transformation génitale homme vers femme (**vaginoplastie**), semble généralement plus réussie et plus fréquente.

La satisfaction à l'égard de la chirurgie dépend de certains facteurs comme l'âge de la personne, sa morphologie, sa santé physique et psychologique, le soutien des proches et la réussite de la chirurgie (Levay et Valente, 2003). Environ 75% des transsexuels ayant subi une chirurgie de changement de sexe affirment que leur qualité de vie s'est améliorée depuis; parmi eux, les personnes ayant subi une opération femme vers homme semblent mieux s'adapter que celles qui ont eu une chirurgie homme vers femme (Campo *et al.*, 2003; De Cuypere *et al.*, 2005; Lawrence, 2003). Bien qu'elles ne puissent pas avoir d'enfant biologique, les personnes transsexuelles maintiennent généralement leurs activités sexuelles et peuvent conserver leur capacité à atteindre l'orgasme, surtout lors des transformations homme vers femme (Lawrence, 2005). Toutefois, environ 10% des individus ayant changé de sexe se disent insatisfaits et regrettent leur chirurgie (Lopès et Poudat, 2007).

Changement chirurgical de sexe

Intervention chirurgicale de changement de sexe utilisée comme traitement de la dysphorie de genre ou comme intervention en lien avec la transsexualité.

Phalloplastie

Ensemble des interventions chirurgicales visant à reconstruire ou à créer un pénis.

Vaginoplastie

Ensemble des interventions chirurgicales visant à reconstruire ou à créer une vulve et un vagin.

La chirurgie homme vers femme semble généralement mieux réussie que la chirurgie femme vers homme.



La dimension psychosociale

Les personnes souffrant de dysphorie de genre peuvent avoir besoin d'une psychothérapie afin de gérer leur détresse ou leurs problèmes de fonctionnement. Par exemple, une intervention psychosociale peut être appropriée auprès des enfants afin d'éviter qu'ils vivent le rejet, l'isolement et la souffrance souvent associés à la dysphorie de genre (Stein, Zucker et Dixon, 2001). Ce type de thérapie prévoit, entre autres, de faire participer les parents (Bradley et Zucker, 1997; Zucker, 2008).

Toutefois, la plupart du temps, la psychothérapie vise plutôt à vérifier la stabilité de l'identité de genre et la motivation d'une personne adolescente ou adulte à l'égard de sa démarche de changement de sexe. En effet, la consultation d'au moins un professionnel de la santé mentale spécialiste de la dysphorie de genre constitue souvent un prérequis obligatoire pour une personne qui souhaite s'engager dans une telle démarche. La thérapie peut ainsi aider la personne à se préparer aux grandes adaptations que comporte le processus de changement de sexe, de même qu'à justifier légalement sa démarche. Les personnes trans qui souhaitent s'afficher et vivre en tant que personne de l'autre sexe doivent donc également entreprendre des démarches sociales et administratives. D'une part, elles peuvent décider de faire l'affirmation de leur identité sexuelle (*coming-out*), c'est-à-dire qu'elles s'affichent ouvertement auprès de leur environnement social. Elles expliquent alors leur situation à leur famille et à leurs proches et elles s'habillent et agissent en tant que personne de l'autre sexe. D'autre part, elles peuvent aussi entreprendre des démarches administratives, telle une demande de changement de nom et de sexe à l'état civil.

16.2 Les dysfonctions sexuelles

Comment différencier une réponse sexuelle normale d'une dysfonction sexuelle? Il est difficile de répondre à cette question parce qu'il n'existe pas de critères établis de réponse sexuelle adéquate, de performance sexuelle ou de satisfaction. Ces critères sont très subjectifs et varient grandement d'une personne à l'autre; ils sont également influencés par différents facteurs multidimensionnels.

16.2.1 Une description clinique des dysfonctions sexuelles

Les **dysfonctions sexuelles** (ou difficultés sexuelles, ou problèmes sexuels ou troubles sexuels) sont caractérisées par une réaction inadéquate à l'égard d'un objet sexuel habituel (Trudel, 2005). Il s'agit d'une situation qui empêche le bon déroulement de la relation sexuelle, c'est-à-dire qu'un problème nuit au désir, à l'excitation ou au plaisir sexuel.

Selon l'APA (2015), les dysfonctions sexuelles constituent un groupe hétérogène de troubles qui impliquent, chez une personne, une difficulté liée à la capacité de répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel. Pour toutes les dysfonctions sexuelles, la perturbation de la sexualité doit inclure les trois critères suivants: 1) la présence de symptômes lors de toutes ou presque toutes les occasions d'activités sexuelles; 2) une persistance des symptômes pendant

Dysfonction sexuelle

Problèmes variés liés au déroulement de la relation ou de la réponse sexuelle (désir, excitation et orgasme), qui durent dans le temps et qui impliquent de la détresse chez la personne touchée.

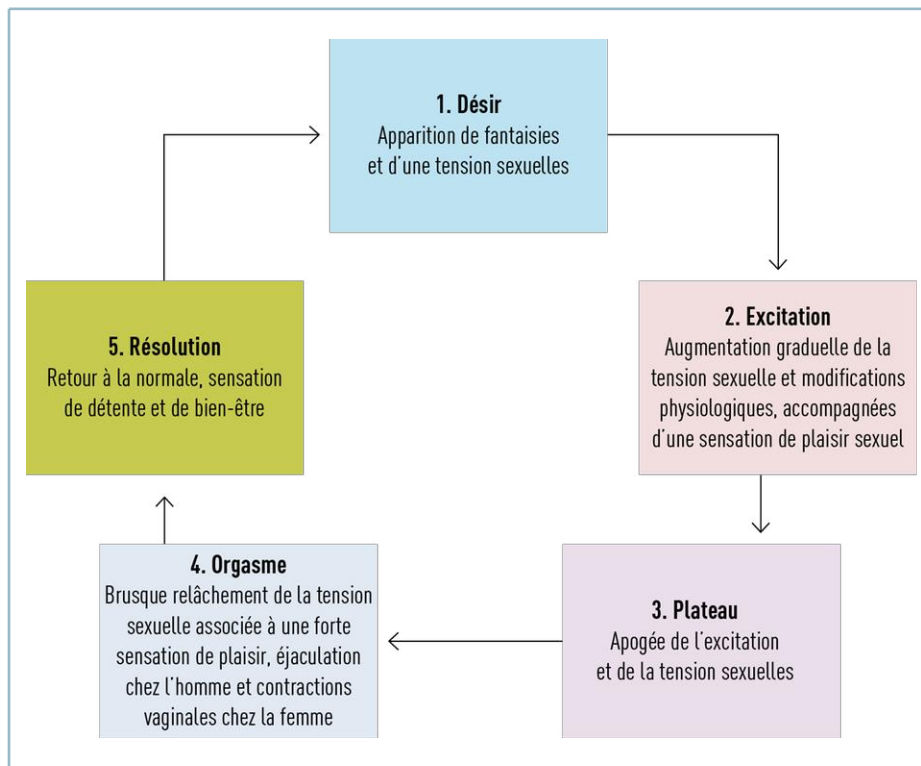
au moins six mois ; et 3) une souffrance importante chez la personne. La dysfonction sexuelle ne doit pas être due uniquement aux effets d'une maladie mentale, d'une substance (drogue, médicament, etc.) ou d'une cause physique (malformation, maladie, etc.), ni à une stimulation inadéquate ou à un manque de connaissance sur la sexualité, ou encore à des problèmes relationnels ou à d'autres facteurs de stress importants.

De plus, une difficulté sexuelle peut être de type *de tout temps*, c'est-à-dire constituer un état chronique remontant au début de la vie sexuelle d'une personne, ou de type acquis, c'est-à-dire qui survient après une période d'activité sexuelle normale. Une dysfonction sexuelle peut également être de type généralisé, autrement dit se présenter dans tous les contextes sexuels, ou elle peut être de type situationnel, lorsque la difficulté sexuelle se limite à certains types de stimulations, de situations ou de partenaires (APA, 2015).

Il arrive que les dysfonctions sexuelles soient reliées à une difficulté vécue durant l'une des étapes du cycle de la réponse sexuelle (voir la figure 16.1). Ces étapes ont été décrites, entre autres, lors des célèbres recherches réalisées par Masters et Johnson (1966), au cours desquelles plus de 10 000 orgasmes ont été observés en laboratoire.

Toutefois, les recherches récentes suggèrent que la réponse sexuelle n'est pas forcément un processus uniforme et que la distinction entre certaines étapes, comme le désir et l'excitation, n'est pas claire (APA, 2015). Il est possible de regrouper les dysfonctions sexuelles en trois catégories : 1) les troubles liés à une perturbation du désir et de l'excitation ; 2) les troubles liés à une

Figure 16.1 Le cycle de la réponse sexuelle



Source : Adapté de Barlow, Durand et Stewart (2009).

perturbation de l'orgasme; ou encore 3) les troubles liés à la présence d'une douleur à un moment ou l'autre de l'acte sexuel. Il est assez fréquent qu'une personne vive plus d'un type de difficulté sexuelle. Le tableau 16.1 donne un bref aperçu des différentes dysfonctions sexuelles.

Tableau 16.1 Les différentes dysfonctions sexuelles

Type de dysfonction	Diagnostic	Description	Statistiques
Troubles liés au désir et à l'excitation	Diminution du désir sexuel chez l'homme	Déficiência ou absence de : 1) pensées ou fantasmes sexuels et 2) désir d'avoir des activités sexuelles.	2% des hommes. Environ 15% des hommes peuvent avoir des problèmes passagers de désir sexuel au cours de leur vie.
	Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme	Diminution ou absence de l'intérêt à l'égard de la sexualité, des pensées, des initiatives ou des réactions d'excitation sexuelles.	Prévalence inconnue. Environ 30% des femmes peuvent avoir des problèmes passagers de désir ou d'excitation au cours de leur vie.
	Trouble de l'érection	Difficulté marquée et persistante à atteindre ou à maintenir une érection lors d'une activité sexuelle.	Environ 10%. La prévalence du trouble de l'érection augmente avec l'âge : 2% des hommes de moins de 40 ans, 20% des hommes de plus de 40 ans et 45% des hommes de plus de 60 ans ont des problèmes fréquents d'érection.
Troubles liés à l'orgasme	Trouble de l'orgasme chez la femme	Difficulté marquée à atteindre l'orgasme ou diminution marquée des sensations liées à l'orgasme.	Environ 25%. Approximativement 10% des femmes ne ressentent jamais d'orgasme au cours de leur vie.
	Éjaculation prématurée (ou précoce)	Éjaculation qui survient trop rapidement : avant ou juste après le début de la stimulation sexuelle ou avant que l'homme ne le souhaite.	1 à 3% des hommes éjaculent après une stimulation d'une minute ou moins. Environ 30% des hommes rapportent être préoccupés par la rapidité de leur éjaculation.
	Éjaculation retardée (ou retard d'éjaculation)	Difficulté, délai ou incapacité d'éjaculer malgré une stimulation sexuelle adéquate et le désir d'éjaculer.	Moins de 1% des hommes rapportent des difficultés à éjaculer pendant plus de 6 mois. Seulement 75% des hommes disent éjaculer chaque fois lors d'une activité sexuelle.
Troubles liés à la douleur sexuelle	Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration	Difficultés marquées et persistantes liées soit : 1) à la pénétration vaginale, 2) à la douleur génitale lors de la pénétration, 3) à la crainte d'avoir mal ou d'être pénétrée, ou 4) à la tension des muscles du vagin lors de la pénétration.	Prévalence inconnue. Environ 15% des femmes nord-américaines disent ressentir de la douleur lors de la pénétration.

Source : Adapté de APA (2015), p. 499-525, de Langis et Germain (2009) et de Nevid, Rathus et Greene (2011).

Les troubles liés au désir et à l'excitation

Ces troubles diffèrent selon le sexe. La **diminution du désir sexuel chez l'homme** (ou baisse du désir sexuel, ou désir sexuel hypoactif) est une « déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives et du désir d'activité sexuelle » (APA, 2015, p. 521). Le fait que l'homme ait moins de désir sexuel que son ou sa partenaire n'est pas suffisant. Il ressent plutôt une baisse importante ou une absence d'intérêt ou de besoin pour les activités sexuelles : peu ou pas de pensées sexuelles, masturbation rare ou absente, peu ou pas d'initiatives sexuelles faites au partenaire, peu ou pas de réponse aux initiatives du partenaire et donc, relations sexuelles peu fréquentes ou inexistantes.

Le **trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme** est une « déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle » (APA, 2015, p. 511). Le fait que la femme ait moins de désir sexuel que son partenaire n'est pas suffisant. La femme n'a pas ou que peu d'intérêt pour les activités sexuelles (une forme de désir sexuel hypoactif), de pensées ou fantasmes sexuels, d'initiative sexuelle ou de réponse aux initiatives de l'autre, de sensations ou de réactions témoignant d'une excitation sexuelle (comme la lubrification vaginale) lors de stimulations sexuelles.

Il est important de distinguer les deux troubles précédemment mentionnés de l'aversion sexuelle et de l'asexualité. L'**aversion sexuelle** amène la personne à éprouver de la répulsion ou du dégoût envers la sexualité, à ressentir une peur ou une panique irrationnelle à l'égard de la sexualité (semblable à une phobie), ou encore à éviter le plus possible les contacts sexuels. Toutefois, ce diagnostic a été retiré du *DSM-5* parce qu'il est peu documenté par la recherche et rarement utilisé en clinique. L'**asexualité** est l'état d'une personne qui ne ressent pas le besoin d'avoir des relations sexuelles et qui l'accepte. Une personne qui s'identifie comme asexuelle n'a jamais vraiment ressenti d'intérêt pour la sexualité ni perçu de problème en relation avec son état. C'est tout le contraire de l'individu qui souffre d'un trouble sexuel de désir ou de l'excitation, car celui-ci vit de la détresse ou des difficultés interpersonnelles. En thérapie sexuelle, une des plaintes les plus fréquentes concerne la différence des niveaux de désir entre les partenaires (Simons et Carey, 2001). En fait, plus de 50% des patients qui suivent une thérapie sexuelle se plaignent d'avoir un désir sexuel hypoactif (Pridal et LoPiccolo, 2000).

Par ailleurs, il existe certains troubles liés à l'**hypersexualité** (ou trouble hypersexuel, compulsions ou dépendance sexuelle), où la personne « consomme » la sexualité de façon compulsive, abusive et incontrôlée (masturbation, pornographie, rencontres sexuelles, cybersexe, etc.). Cette catégorie de trouble n'est toutefois généralement pas considérée comme une dysfonction sexuelle, mais plutôt comme une forme de dépendance (Couture et Proulx, 2014) (voir le chapitre 11 et la rubrique *En relief suivante*).

Le **trouble de l'érection** chez l'homme (ou difficulté érectile, ou problème érectile, anciennement appelé impuissance) constitue une « difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle », une « difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel »

Diminution du désir sexuel chez l'homme

Dysfonction sexuelle caractérisée par un manque ou par une absence d'intérêt ou de besoin à l'égard des pensées ou des activités sexuelles.

Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme

Dysfonction sexuelle caractérisée par un manque d'intérêt à l'égard des activités sexuelles ou par l'absence de réactions d'excitation sexuelle.

Aversion sexuelle

Ancien diagnostic de dysfonction sexuelle qui consiste à éprouver de la répulsion, du dégoût ou une peur extrême par rapport à tout contact sexuel et à les éviter.

Asexualité

État d'une personne qui ne ressent pas le besoin d'avoir des relations sexuelles et qui n'en souffre pas.

Hypersexualité

Problème de dépendance aux activités sexuelles, où la personne « consomme » la sexualité de façon abusive et incontrôlée.

Trouble de l'érection

Dysfonction sexuelle liée à la difficulté à atteindre ou à maintenir une érection adéquate, malgré la présence du désir chez l'individu.

Le trouble hypersexuel

On parle de trouble hypersexuel (aussi appelé compulsion ou dépendance sexuelle) lorsque les activités sexuelles deviennent une drogue pour la personne, que celle-ci ne peut s'empêcher de s'adonner à de telles activités malgré des conséquences négatives, et les utilise parfois pour fuir ses émotions négatives ou faire face au stress.

La dépendance sexuelle peut témoigner d'un sentiment de ne pas être à la hauteur en tant qu'homme ou femme et d'une grande difficulté à vivre des relations d'intimité. Ces difficultés peuvent provenir, entre autres, d'un vécu de violence, de négligence,

d'abus sexuel, d'intimidation, etc. Le trouble hypersexuel semble associé à certains facteurs psychologiques et sociaux tels que les troubles d'attachement, les événements sexuels marquants, une éducation sexuelle répressive, ainsi que l'exposition précoce à la pornographie et son accès facile dans Internet (Samenow, 2010).

Les conséquences de ce problème sont variées et peuvent se manifester par la honte, la culpabilité, la dépression, des problèmes financiers, des difficultés de couple, des troubles de santé, des impacts sur le travail et parfois des conséquences judiciaires.

Source : Propos recueillis auprès d'Isabelle Proulx, sexologue et psychothérapeute à la clinique des troubles sexuels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Depuis octobre 2012, M^{me} Proulx anime avec le D^r Mathieu Couture, psychologue, un groupe de thérapie pour les hommes qui souffrent d'un trouble hypersexuel, afin de leur permettre de retrouver un pouvoir sur leur vie ainsi qu'un plus grand bien-être sexuel et psychologique.

ou une « difficulté marquée de la rigidité érectile » (APA, 2015, p. 503). Ainsi, malgré la présence de désir sexuel, les hommes touchés ont de la difficulté à être excités, ce qui se traduit par une difficulté soit à avoir une érection pendant une activité sexuelle, soit à maintenir l'érection jusqu'à la fin de l'activité sexuelle, soit par une perte de la rigidité du pénis empêchant ainsi la pénétration (Bach, Wincze et Barlow, 2001). Le trouble de l'érection est l'une des difficultés sexuelles pour lesquelles les hommes consultent le plus (Hawton, 1995; Hordé, 2015).

Il convient cependant de noter qu'il est tout à fait normal que des problèmes occasionnels d'excitation surviennent chez la femme et chez l'homme. Par exemple, 8 % des hommes peuvent avoir un problème érectile lors de leur première relation sexuelle, sans pour autant développer un trouble de l'érection par la suite.

Les troubles liés à l'orgasme

Les troubles de l'orgasme comprennent le trouble de l'orgasme chez la femme, ainsi que l'éjaculation précoce et l'éjaculation retardée chez l'homme. Le **trouble de l'orgasme chez la femme** est caractérisé par un « retard marqué pour parvenir à l'obtention d'un orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes » ou une « diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques » (APA, 2015, p. 507). Le fait que la femme ait un orgasme lors de la stimulation du clitoris mais pas lors de la pénétration, ou encore que la femme éprouve parfois de la difficulté à avoir un orgasme ne suffisent pas pour recevoir ce diagnostic. Elle doit plutôt avoir des orgasmes peu fréquents ou ne pas en avoir, ou encore connaître une diminution marquée des sensations liées à l'orgasme dans toutes ou presque toutes les occasions d'activités sexuelles et dans un contexte où la stimulation sexuelle est adéquate et suffisante. Ainsi, ce diagnostic repose sur le fait que les variations individuelles normales de la réponse sexuelle sont prises en compte.

Trouble de l'orgasme chez la femme

Dysfonction sexuelle caractérisée par une difficulté marquée à atteindre l'orgasme, celui-ci pouvant être diminué, peu fréquent ou absent.

Par exemple, il y a beaucoup de différences d'une femme à l'autre et d'une expérience sexuelle à l'autre quant au type, à l'intensité et au temps de stimulation nécessaire pour atteindre l'orgasme. La plupart des femmes ont besoin d'une stimulation du clitoris pour atteindre l'orgasme et très peu de femmes rapportent qu'elles ont toujours un orgasme à la suite d'une pénétration. De plus, seulement 50 % des femmes atteignent régulièrement l'orgasme lors de leurs activités sexuelles (LoPiccolo et Stock, 1987). Les troubles de l'orgasme sont l'un des problèmes sexuels pour lesquels les femmes vont le plus souvent en thérapie (Hordé, 2015).

L'éjaculation prématurée (ou éjaculation précoce, rapide ou non contrôlée) correspond à un « trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer » (APA, 2015, p. 525). L'éjaculation précoce peut également survenir avant ou juste après la pénétration, ou encore lors d'activités sexuelles n'impliquant pas de pénétration. Pour définir la précocité, on considère généralement le temps de stimulation sexuelle avant l'éjaculation, la capacité de contrôle volontaire et la présence de détresse. En effet, les hommes touchés peuvent avoir le sentiment de ne pas contrôler leur éjaculation et ressentir des appréhensions vis-à-vis de leur incapacité éventuelle à retarder leur éjaculation lors d'une activité sexuelle. Il s'agit d'un des problèmes sexuels les plus fréquents chez les hommes et pour lesquels ils consultent le plus (Hordé, 2015). Toutefois, le jeune âge, la nouveauté de l'expérience sexuelle ou du partenaire et les activités sexuelles peu fréquentes doivent être pris en compte : une éjaculation rapide peut être normale dans ces conditions. Par exemple, plusieurs hommes peuvent éjaculer de façon prématurée lors de leur première relation sexuelle, mais apprendre à contrôler leur éjaculation avec le temps.

L'éjaculation retardée (ou retard d'éjaculation) est un « retard marqué à l'éjaculation » ou une « absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation » (APA, 2015, p. 500). Ainsi, l'homme a de la difficulté ou est incapable d'éjaculer lors de toutes ou presque toutes les occasions sexuelles, et ce, malgré la présence d'une stimulation sexuelle adéquate et le désir d'éjaculer. Les partenaires sexuels peuvent alors tenter de prolonger la relation sexuelle jusqu'à être épuisés ou à ressentir un inconfort génital, avant de cesser leurs efforts. Il arrive aussi que les partenaires évitent les relations sexuelles à cause de ces difficultés ou encore qu'une personne se sente moins attirante sexuellement à cause des difficultés d'éjaculation de son partenaire. Les difficultés d'éjaculation constituent aussi un motif fréquent de consultation en thérapie chez les hommes.

Les troubles liés à la douleur sexuelle

Ces troubles comprenaient anciennement la **dyspareunie** et le **vaginisme**. Dans le *DSM-5*, ces troubles ont été regroupés en un seul, le **trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration**, qui correspond à des « difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants : 1) pénétration vaginale pendant la relation sexuelle ; 2) douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration ; 3) peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale ; et 4) tension

Éjaculation prématurée

Dysfonction sexuelle où l'éjaculation survient trop rapidement (avant ou juste après le début de la stimulation sexuelle et avant que l'homme ne l'ait désiré).

Éjaculation retardée

Dysfonction sexuelle caractérisée par la difficulté ou l'incapacité d'éjaculer malgré une stimulation sexuelle adéquate et le désir d'éjaculer.

Dyspareunie

Dysfonction sexuelle touchant l'homme et la femme, caractérisée par une douleur génitale survenant pendant ou après les rapports sexuels.

Vaginisme

Dysfonction sexuelle liée à la contraction involontaire des muscles du vagin, ce qui rend la pénétration impossible ou douloureuse.

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

Dysfonction sexuelle caractérisée par des difficultés associées à la pénétration vaginale ou à des douleurs génitales, qui peuvent être liées à la crainte d'avoir mal ou d'être pénétrée, ainsi qu'à la tension des muscles du vagin.

ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale» (APA, 2015, p. 516). Dans ce trouble, il n'y a pas de cause médicale aux difficultés de pénétration ou à la douleur (Binik, Bergeron et Khalife, 2000). La douleur peut être ressentie à tout moment pendant la pénétration ou après, à différents endroits et sous différentes formes (crampes, élancements, irritations; en superficie, en surface ou en profondeur, etc.). La contraction du vagin peut rendre la pénétration difficile, douloureuse, voire impossible, lors d'une relation sexuelle, mais aussi lors d'un examen gynécologique ou lors de l'insertion d'un tampon (Beck, 1993; Reissing, Binik et Khalife, 1999). La femme peut alors avoir tendance à éviter les situations où elle éprouve ces difficultés. Elle peut aussi parfois rapporter que ces difficultés font diminuer son sentiment de féminité. Les difficultés de pénétration constituent un motif de consultation fréquent en thérapie sexuelle.

EXERCICE 16.2 | Les troubles liés à l'identité de genre et à la sexualité

Associez chacun des cas à l'un des troubles suivants :

- | | |
|---|--|
| A La dysphorie de genre | F L'éjaculation prématurée |
| B La diminution du désir sexuel | G L'éjaculation retardée |
| C L'aversion sexuelle | H Le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration |
| D Le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle | I L'asexualité (N.B. : non considérée comme un trouble sexuel) |
| E Le trouble érectile | J Le trouble de l'orgasme |

- | | |
|---|--|
| 1. Catherine est en couple depuis deux mois et se dit satisfaite de sa relation. Pourtant, la seule idée que son amoureux la touche d'une façon sexuelle la dégoûte complètement. | Il la trouve tellement belle et veut tant lui faire plaisir que cela lui enlève tout son pouvoir sexuel. |
| 2. Dominique s'est toujours habillée de façon très masculine et elle se bande les seins pour les cacher. Elle s'identifie aux hommes et veut être traitée comme eux. Elle se sent prise dans un corps du mauvais sexe, ce qui lui cause un inconfort extrême. | 6. Joanie est incapable de faire l'amour avec son copain parce que son vagin est trop contracté et ça lui fait très mal. |
| 3. Jérémy a peu d'intérêt pour la sexualité et ne prend jamais l'initiative dans les relations sexuelles avec une autre personne. Cela le rend triste parce qu'il pense qu'il n'est pas normal. | 7. William a beau penser à toutes sortes de choses pour se changer les idées, chaque fois qu'il fait l'amour avec son partenaire, il jouit toujours plus vite qu'il ne l'aurait voulu. |
| 4. Philippe n'a vraiment aucun intérêt pour la sexualité et cela ne le dérange pas du tout. Il a essayé une fois de coucher avec quelqu'un et il ne comprend pas pourquoi tout le monde s'emballe autant. | 8. Mélina trouve qu'elle a un grave problème avec la sexualité : elle n'a presque pas de désir pour sa blonde même si elle l'aime et, peu importe la stimulation, elle ne lubrifie jamais assez. |
| 5. Maxime se plaint d'avoir de la difficulté à « bander », surtout en présence de sa blonde. | 9. Alexandre n'a jamais éjaculé en faisant l'amour. Même après une heure de pénétration, il doit se retirer et se masturber s'il veut pouvoir jouir. |
| | 10. Léa est vraiment frustrée sexuellement : malgré de nombreuses tentatives seule et avec quelqu'un d'autre, elle n'a jamais réussi à jouir. |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Les statistiques

Il existe peu de données sur la prévalence des difficultés sexuelles, et ces rares données manquent de précision ou de fiabilité. La plupart du temps, les données disponibles proviennent d'enquêtes menées auprès du public : la **désirabilité sociale** et le tabou entourant les difficultés sexuelles peuvent donc avoir faussé les résultats. En effet, plusieurs individus pensent être les seuls à connaître une difficulté sexuelle, en ont honte, se croient anormaux et souffrent en silence sans demander d'aide ni consulter un professionnel.

Les données d'enquête révèlent toutefois que les dysfonctions sexuelles touchent un nombre élevé de personnes, peu importe le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle ou la situation sociale. Selon les études consultées, de 10 à 52 % des hommes et de 25 à 63 % des femmes seraient touchés par un trouble sexuel (Heiman, 2002; Nicolosi *et al.*, 2006). D'autres statistiques associées aux difficultés sexuelles ont été présentées au tableau 16.1.

Désirabilité sociale

Désir de se conformer à la norme et de vouloir plaire qui peut influencer les résultats de recherche en poussant les sujets à agir ou à répondre « comme tout le monde ».

16.2.2 Les facteurs de risque liés aux dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles sont causées par une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels (APA, 2015; Leiblum et Rosen, 2000).

Les facteurs biologiques des dysfonctions sexuelles

Lorsqu'un problème sexuel est causé uniquement par des facteurs biologiques ou médicaux, le diagnostic de dysfonction sexuelle est exclu (APA, 2015). Différents types de facteurs biologiques peuvent contribuer à l'apparition d'une dysfonction sexuelle (Kim et Lipshultz, 1997; Wiegel, Wincze et Barlow, 2001; Wincze et Carey, 2001). On peut citer notamment l'âge, les facteurs médicaux, ainsi que l'action de drogues et de médicaments (Langis et Germain, 2009).

Avec l'âge, on observe une diminution normale des réponses sexuelles (comme le désir), mais aussi une augmentation de la fréquence de certains troubles sexuels (comme les difficultés d'érection ou l'éjaculation retardée), ainsi qu'une diminution de la fréquence d'autres troubles (comme le trouble de l'orgasme chez la femme et l'éjaculation prématurée) (APA, 2015). Les facteurs médicaux incluent les problèmes anatomiques et les maladies. Le fonctionnement des organes sexuels d'une personne peut être bouleversé à cause de malformations anatomiques, de complications liées à un accident ou encore par diverses maladies. Par exemple, les troubles neurologiques peuvent affecter les réactions du système nerveux intervenant dans la réponse sexuelle. De même, certains troubles endocriniens, comme un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, peuvent affecter les taux d'hormones dans le sang, telle la testostérone liée au désir sexuel (Davis *et al.*, 2005), tandis que les troubles cardiovasculaires et les troubles de la circulation peuvent créer des problèmes de lubrification chez la femme ou d'érection chez l'homme. D'autres maladies chroniques comme le diabète, la sclérose en plaques, l'insuffisance rénale, le cancer, les infections transmises sexuellement ou non peuvent

s'accompagner de troubles sexuels et influencer sur la réponse sexuelle. Enfin, la consommation de certaines substances peut avoir des effets analogues, comme c'est le cas pour les tranquillisants, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les antipsychotiques (Segraves et Althof, 1998), mais aussi pour les médicaments contre les allergies, l'hypertension et le cholestérol, de même que pour l'alcool, le tabac et les drogues consommés de façon abusive. En fait, la santé physique et psychologique, l'activité physique régulière et le maintien d'un poids santé constituent des facteurs de protection contre les dysfonctions sexuelles.

Les facteurs psychologiques des dysfonctions sexuelles

Bien que plusieurs difficultés sexuelles aient une origine physiologique, la plupart ont ou finissent par avoir des causes psychologiques. Il peut s'agir, entre autres, d'expériences antérieures difficiles ou inadéquates, d'un manque de connaissances ou d'états émotifs nuisibles (Langis et Germain, 2009).

Les expériences passées peuvent avoir un effet négatif sur la sexualité, par exemple le manque de contacts affectueux et les problèmes d'attachement durant la petite enfance, des traumatismes (inceste, abus, harcèlement, viol, etc.) ou tout simplement des relations sexuelles plus ou moins agréables. Par ailleurs, un manque de connaissances au sujet du corps et de la sexualité, ainsi qu'une éducation sexuelle absente ou inappropriée peuvent engendrer des attentes irréalistes ou des pratiques sexuelles inadéquates et, par conséquent, causer plusieurs difficultés sexuelles. Certains états émotifs nuisent aussi aux relations sexuelles, comme être stressé et préoccupé, avoir peur (d'une grossesse, de contracter une maladie, d'avoir mal, de ne pas jouir, d'être abandonné, etc.), ressentir de la gêne, de la honte ou de la culpabilité, ou encore se sentir en colère ou déprimé. Cependant, un important facteur psychologique responsable des troubles de la réponse sexuelle serait l'anxiété de performance. Celle-ci consiste à ne se concentrer que sur la volonté de bien réussir ou de performer, ce qui attise la peur de l'échec ou la crainte de ne pas satisfaire l'autre et qui peut engendrer une première difficulté (par exemple, un problème de lubrification chez la femme ou d'érection chez l'homme) et un cercle vicieux (Goldstein *et al.*, 2006; Meana et Nunnink, 2006; Renaud et Byers, 2001). Enfin, une faible estime de soi, une mauvaise image corporelle ou encore des problèmes de santé mentale comme les troubles anxieux et dépressifs peuvent être à l'origine d'une dysfonction sexuelle (APA, 2015).

Les facteurs socioculturels et les stress sociaux

Les plaintes liées aux troubles sexuels varient selon les pays et les cultures (APA, 2015). En effet, le milieu social et culturel détermine les valeurs, les comportements et les rôles sexuels acceptés ou non. Les parents, les professeurs, les médias, les religions ou les autorités institutionnelles peuvent contribuer à l'apparition des difficultés sexuelles. D'une part, ils peuvent entretenir le tabou et transmettre des messages négatifs quant à la sexualité. D'autre part, ils peuvent favoriser l'hypersexualisation et présenter l'homme ou la femme comme des objets sexuels. Par ailleurs, un **double standard sexuel** persiste dans la majorité des cultures, c'est-à-dire qu'il y existe une différence entre les règles, les rôles et les comportements acceptables attribués aux hommes et ceux attribués aux femmes. Ainsi, selon une de ces conceptions rigides et stéréotypées,

Double standard sexuel

Différence entre les hommes et les femmes concernant les règles sociales, les rôles sexuels et les comportements acceptables en lien avec la sexualité.

l'homme aurait besoin de la sexualité pour réduire ses tensions et devrait toujours être prêt à passer à l'action, alors que la femme devrait avoir une sexualité passive qui vise à satisfaire l'homme. Ainsi, certains hommes s'interdisent d'exprimer de la tendresse et s'imposent une pression liée à la performance. D'un autre côté, certaines femmes s'interdisent de rechercher leur plaisir sexuel ; elles peuvent se sentir honteuses, coupables ou déçues face à leurs attentes.

Les stress sociaux peuvent aussi contribuer à l'apparition de troubles sexuels, comme la perte d'emploi ou d'un être cher, les facteurs liés au partenaire tels que des problèmes de santé ou des difficultés sexuelles, ainsi que des facteurs liés à la relation avec l'autre (APA, 2015). En effet, les problèmes de couple et de communication sont aussi à l'origine de plusieurs difficultés sexuelles ou peuvent y contribuer. Ainsi, les difficultés relationnelles, l'insatisfaction conjugale, la frustration à l'égard du partenaire, la différence des niveaux de désir ou des préférences sexuelles, de même que l'incapacité à exprimer adéquatement ses besoins ou ses envies sont souvent liées aux troubles sexuels.

16.2.3 Les interventions et les traitements des dysfonctions sexuelles

Le traitement des dysfonctions sexuelles fait appel à deux approches : l'approche biologique et l'approche psychosociale.

L'approche biologique

De nouveaux traitements hormonaux, pharmacologiques et chirurgicaux des dysfonctions sexuelles ont été proposés ces dernières années.

Il existe maintenant un traitement hormonal de substitution à la testostérone qui permet d'augmenter le désir sexuel (Goldstat *et al.*, 2003; Wang *et al.*, 2004); de plus, la prise d'œstrogènes de synthèse permet à certaines femmes ménopausées de voir augmenter leur libido. On fait également appel à certains médicaments antidépresseurs qui ont pour effet secondaire de retarder ou d'éliminer l'éjaculation précoce (Bancroft *et al.*, 2005; Waldinger, Zwinderman et Olivier, 2001). Enfin, il est possible de recourir à des interventions chirurgicales pour remédier aux malformations et aux blessures accidentelles qui empêchent le fonctionnement normal des organes génitaux.

Le trouble de l'érection est la difficulté sexuelle pour laquelle il existe le plus de traitements de type biologique, soit la médication ou la chirurgie. En effet, depuis quelques années, on dispose de plusieurs médicaments qui favorisent l'engorgement sanguin dans le pénis, permettant ainsi son érection : Viagra^{MD}, Cialis^{MD}, Levitra^{MD} et d'autres actuellement en développement (Rosen, 2000). D'autres médicaments pourraient potentiellement augmenter l'excitation sexuelle de la femme, mais il manque de données scientifiques pour appuyer cette affirmation. En dernier recours, certains médecins recommandent l'injection de substances vasodilatatrices dans le pénis avant la relation sexuelle, l'utilisation d'une pompe qui aspire le sang vers le pénis ou l'implantation par chirurgie d'une prothèse pénienne. Pour la femme, la flibansérine (Addyi^{MD}) est un nouveau médicament utilisé pour traiter le trouble du désir sexuel hypoactif. Son mécanisme mime l'action

de la sérotonine sur un récepteur particulier (5-HT1A). Pour le moment, ce médicament n'est disponible qu'aux États-Unis.

Malgré les avancées récentes de l'approche biologique, celle-ci ne traite pas d'autres aspects très importants des difficultés sexuelles, comme les facteurs psychologiques ou les problèmes de couple et de communication. De plus, ce type d'intervention peut comporter des effets secondaires indésirables et tend à médicaliser la sexualité. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé de n'utiliser les traitements médicaux qu'en dernier recours ou de les combiner avec l'approche psychosociale, par exemple à l'aide d'un programme de thérapie sexuelle.

L'approche psychosociale

L'approche psychosociale vise à atténuer l'ensemble des facteurs psychologiques et sociaux expliqués précédemment. Dans les années 1960, ce sont les sexologues William Masters et Virginia Johnson qui ont élaboré la thérapie sexuelle (Masters et Johnson, 1970). Ces chercheurs ont proposé une thérapie



Les exercices de stimulation sensuelle sont destinés à mettre de côté la performance sexuelle et la génitalité pour privilégier la découverte du corps et de ses sensations. Ainsi, les partenaires apprennent à prendre leur temps, à se détendre et à communiquer.

brève de type cognitive comportementale visant à modifier les pensées et les comportements problématiques liés à la sexualité. Ainsi, l'objectif est d'aider les personnes à avoir une vie sexuelle satisfaisante et à éliminer l'anxiété de performance au moyen de l'éducation sexuelle, de la communication ouverte et de techniques pratiques. Par exemple, les exercices de stimulation sensuelle peuvent permettre au couple de se concentrer uniquement sur la sensualité en recourant aux baisers, aux caresses, aux massages, etc., mais en excluant tout contact génital. D'autres exercices comme la masturbation, seul ou en couple, peuvent permettre de prendre conscience des sensations et des stimulations qui mènent à l'excitation et à l'orgasme ou de surmonter une difficulté sexuelle en particulier. La consultation en sexothérapie permet donc, entre autres, d'augmenter ses connaissances sur la sexualité, de modifier ses croyances erronées, de pratiquer des exercices de relaxation, de prendre

conscience de ses anxiétés profondes, puis de les réduire. Ces consultations peuvent aussi aider les personnes à diversifier leurs sources d'attraction et leurs modes d'excitation sexuelles, à améliorer leur image corporelle et leur estime de soi, ou encore à améliorer la qualité et la satisfaction de leur sexualité, de même que la communication et la relation au sein du couple, etc. Enfin, lorsque les difficultés sexuelles proviennent essentiellement de problèmes personnels ou interpersonnels, il est possible de recourir à la thérapie individuelle ou de couple.

16.3 Les paraphilies et les troubles paraphiliques

Il existe une grande variété de préférences sexuelles. Certaines pratiques sexuelles marginales sont appelées paraphilies, qui, lorsqu'elles deviennent problématiques, sont considérées comme des troubles paraphiliques.

16.3.1 Une description clinique des paraphilies et des troubles paraphiliques

Le mot **paraphilie** signifie «à côté» (para) «de l'amour» (philie). Les paraphilies correspondent donc à un ensemble varié de pratiques sexuelles marginales, «à côté de la norme», où l'excitation et la gratification sexuelles s'obtiennent par des comportements inhabituels. Elles sont caractérisées par une excitation sexuelle intense et répétée en rapport avec des fantaisies, des envies ou des comportements sexuels particuliers. Elles impliquent des préférences sexuelles différentes d'un intérêt sexuel normal vis-à-vis de la stimulation génitale avec un partenaire humain mature, consentant et normalement constitué. Toutefois, il est possible de faire intervenir ces préférences marginales dans une relation sexuelle saine et normale et d'utiliser des fantasmes, des comportements ou des objets sexuels inhabituels. Il ne faut donc pas confondre les paraphilies et les troubles paraphiliques.

Les **troubles paraphiliques** sont des paraphilies devenues problématiques. On ne peut poser un diagnostic de trouble paraphilique que si, et seulement si, la paraphilie implique une détresse importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants chez la personne touchée, ou encore si la satisfaction de la paraphilie comporte un côté obligatoire pour la personne ou une souffrance ou un risque de souffrance pour les autres. Par exemple, on parle de trouble paraphilique lorsque l'individu ne peut être excité ni jouir s'il ne répond pas à sa pulsion paraphilique ou lorsque des enfants ou d'autres personnes non consentantes sont en cause. Enfin, les troubles paraphiliques doivent persister durant une période d'au moins six mois (APA, 2015).

Le tableau 16.2, à la page suivante, décrit brièvement huit différents types de troubles paraphiliques spécifiques avec des exemples de comportements sexuels normaux et pathologiques, ainsi que des statistiques s'y rapportant. Il existe plusieurs dizaines d'autres paraphilies, comme la nécrophilie (cadavres), la zoophilie (animaux), la coprophilie (excréments), etc., mais elles ne sont pas abordées ici, car ces déviances sont très nombreuses et variées.

Le trouble voyeurisme

Le **voyeurisme** consiste à «observer une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels» (APA, 2015, p. 809). Ainsi, l'individu voyeur prend plaisir à espionner les autres dans leur vie privée et à les regarder à leur insu dans un contexte intime. Il tire son excitation du fait de regarder en cachette et de risquer d'être pris. Souvent, la personne se masturbe pendant ou après l'acte de voyeurisme. Elle ne cherche pas à entrer en contact avec la personne observée, qui est la plupart du temps inconnue. L'individu peut même organiser sa vie autour de ses activités voyeuristes, qui deviennent ses seules activités sexuelles et pour lesquelles il prend de plus en plus de risques. Le fait d'avoir du plaisir à regarder un partenaire sexuel, des danseuses nues ou du matériel pornographique n'est pas du voyeurisme, car les personnes sont conscientes d'être observées et consentantes.

Paraphilie

Ensemble de pratiques sexuelles marginales variées où l'excitation et la gratification sexuelles s'obtiennent par des comportements inhabituels, mais qui peuvent être considérées comme des variations normales des préférences sexuelles.

Trouble paraphilique

Paraphilie problématique exigeant soit sa satisfaction incontrôlée ou obligatoire, ou comportant soit de la détresse ou un problème de fonctionnement chez l'individu, soit de la souffrance ou un risque de souffrance pour les autres.

Voyeurisme

Trouble paraphilique où l'individu prend plaisir à regarder les autres à leur insu dans un contexte intime de nudité ou de sexualité.

Tableau 16.2 Les principaux troubles paraphiliques

Trouble paraphilique	Description	Exemples de comportements sexuels normaux	Exemples de comportements sexuels pathologiques	Statistiques
Voyeurisme	Observer la nudité ou un acte sexuel	Regarder en cachette son partenaire sous la douche ou pendant qu'il se masturbe	Regarder par la fenêtre d'une maison privée les ébats d'un couple	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; maximum 12 % chez les hommes et 4 % chez les femmes Trouble paraphilique avec un comportement illégal le plus commun
Exhibitionnisme	Exposer ses organes génitaux	Aimer s'habiller de façon très osée et faire un <i>strip-tease</i> à son partenaire	Se masturber debout au bord de la route	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; maximum 2 à 4 % chez les hommes et moins chez les femmes
Frotteurisme	Toucher une personne non consentante	Se coller contre une personne durant une danse langoureuse	Dans le métro, se frotter les organes génitaux contre des étrangers	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; maximum 10 % chez les hommes Jusqu'à 30 % des hommes auraient déjà commis un acte de frotteurisme
Fétichisme	Utiliser des objets inanimés ou des parties non génitales du corps	Être excité à la vue d'un sous-vêtement	Sentir les souliers d'étrangers dans un vestiaire	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue
Transvestisme (ou travestisme)	Revêtir les habits du sexe opposé	Aimer porter les habits de l'autre sexe dans les soirées costumées	Avoir besoin de porter les habits de l'autre sexe pour être excité	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; moins de 3 % des hommes rapportent avoir déjà été excités en s'habillant en femme
Sadisme sexuel	Infliger de l'humiliation ou de la souffrance	Griffer et pincer légèrement l'autre durant des ébats sexuels	Battre une personne durant une agression sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue, mais trouble observé chez environ 50 % des personnes ayant commis un meurtre à caractère sexuel Prévalence de la paraphilie variant de 2 à 30 % dans la population
Masochisme sexuel	Être humilié ou se faire infliger de la souffrance	Aimer se faire mordiller le cou durant des ébats	Se faire mutiler avant un ébat sexuel	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; en Australie, environ 2 % des hommes et 1 % des femmes auraient eu des activités sexuelles sadomasochistes dans les 12 derniers mois
Pédophilie	Avoir une activité sexuelle avec un enfant prépubère	Trouver le corps d'un enfant beau	Convaincre un enfant de se prêter à des attouchements	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence inconnue ; maximum 3 à 5 % chez les hommes et moins chez les femmes

Source : Adapté de APA (2015) et de Langis et Germain (2009).

Le trouble exhibitionnisme

Selon le *DSM-5*, l'**exhibitionnisme** consiste à «exhiber ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu» (APA, 2015, p. 812). L'excitation sexuelle des exhibitionnistes peut provenir de différentes sources : le fait de s'imaginer en train de s'exhiber ; la peur de se faire prendre ; la réaction de la victime (surprise, peur, dégoût) ; la fantaisie d'impressionner par la taille de leur pénis, etc. L'exhibitionnisme est souvent accompagné ou suivi de masturbation. Toutefois, les individus exhibitionnistes cherchent rarement à avoir des relations ou des contacts sexuels avec leurs victimes, habituellement des enfants ou des jeunes femmes. En fait, le trouble exhibitionnisme pourrait résulter d'un problème de compétences sociales et de séduction. Ce trouble constitue l'infraction sexuelle la plus fréquente en Occident ; près d'une personne sur deux aurait déjà été victime ou témoin d'un acte exhibitionniste (Murphy et Page, 2008).

Le trouble frotteurisme

Le **frotteurisme** est l'acte de toucher une personne non consentante ou de se frotter contre elle (APA, 2015). Les endroits bondés comme le métro, l'autobus, une file d'attente ou une piste de danse constituent des lieux privilégiés pour cette pratique. En général, la victime réagit peu ou pas du tout aux attouchements. Le frotteur est excité simplement par le contact avec la victime (souvent, il se frotte au niveau des organes génitaux sur l'autre personne) ou par le fantasme d'avoir une relation affectueuse ou sexuelle avec elle.

Le trouble fétichisme

Le **fétichisme** est caractérisé par des fantaisies, des impulsions et des comportements sexuels qui sont associés à des objets inanimés ou à des parties du corps qui ne sont pas associées aux régions génitales (APA, 2015). Il peut s'agir d'un intérêt intense pour une partie spécifique du corps (comme les pieds, les cheveux, etc.), ou encore d'une excitation liée à une caractéristique particulière du corps (comme l'obésité, la grossesse, etc.). Les objets utilisés comme fétiches sont souvent des accessoires féminins (sous-vêtements, bas, souliers, soie, etc.) ou sadomasochistes (uniforme, casquette, bottes, fouet, cuir, latex, etc.). L'utilisation de ces objets ou d'une partie du corps peut devenir nécessaire dans le processus d'excitation sexuelle ou de jouissance. L'individu se masturbe en regardant, en sentant et en touchant le fétiche, ou il s'en sert durant les relations sexuelles si le partenaire accepte. En général, les personnes fétichistes ont une préférence pour les objets déjà portés ou utilisés, ce qui entraîne souvent des vols dans les buanderies ou sur les cordes à linge. Il existe même un marché lucratif de vente de sous-vêtements usagés dans Internet. Afin de satisfaire leurs préférences sexuelles particulières, d'autres fétichistes font appel aux services de prostitution.

Exhibitionnisme

Trouble paraphilique qui consiste à montrer ses organes génitaux à des personnes non consentantes.

Frotteurisme

Trouble paraphilique qui consiste à toucher une personne non consentante et à se frotter contre elle, souvent dans des endroits publics bondés.

Fétichisme

Paraphilie ou trouble paraphilique caractérisé par des fantaisies, des impulsions et des comportements sexuels qui sont associés à des objets inanimés ou à des parties du corps.

Les endroits publics bondés de gens sont des lieux de prédilection pour les activités de frotteurisme.



Le fétichisme est considéré comme un trouble paraphilique seulement si les comportements fétichistes deviennent incontrôlés ou obligatoires ou s'ils impliquent de la détresse ou des problèmes de fonctionnement. C'est également le cas pour le transvestisme, le sadisme et le masochisme, qui ne sont pas des troubles paraphiliques lorsqu'ils sont réalisés seul ou entre adultes consentants et de façon saine, sécuritaire et respectueuse.

Le trouble transvestisme

Transvestisme

Paraphilie ou trouble paraphilique qui consiste à s'exciter en portant des vêtements et des accessoires de l'autre sexe.

Le **transvestisme** (ou travestisme) comporte des fantaisies, des impulsions ou des comportements de travestissement (porter des vêtements et des accessoires de l'autre sexe). Ici, c'est l'identification temporaire à l'autre sexe qui est la source d'excitation ; par exemple, un homme qui aime penser être une femme. D'ailleurs, il est important de savoir si la personne ressent une ambiguïté ou un malaise par rapport à son identité sexuelle pour différencier cette paraphilie de comportements transgenres ou transsexuels. Le travesti typique, contrairement à la croyance populaire, n'est pas une drag-queen, c'est-à-dire un homme souvent homosexuel déguisé en femme flamboyante et caricaturale pour les besoins d'un spectacle. La plupart du temps, il s'agit plutôt d'un homme hétérosexuel, marié, dont la conjointe connaît les préférences (Docter et Prince, 1997). Cet homme s'habille occasionnellement en femme et s'excite à l'idée d'être comme une femme. Le travestissement peut être partiel ou total, être fait en privé ou en public, et il peut comporter ou non des actes sexuels comme la masturbation solitaire ou les relations avec une partenaire.

Le trouble sadisme sexuel

Sadisme sexuel

Paraphilie ou trouble paraphilique où la personne éprouve de l'excitation et du plaisir à dominer et à contrôler l'autre, ainsi qu'à lui infliger de la douleur physique ou psychologique.

Le **sadisme sexuel** correspond à la « présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne » (APA, 2015, p. 820). Ainsi, la personne sadique retire de l'excitation et du plaisir à dominer et à contrôler l'autre, ainsi qu'à lui infliger de la douleur physique ou psychologique. Les actes sadiques recherchés sont le contraire des actes masochistes : humilier, contraindre, torturer, etc. Certains individus sadiques cèdent à leurs impulsions avec un partenaire consentant qui présente un côté masochiste, et d'autres le font avec des victimes non consentantes, ce qui constitue un trouble paraphilique. Dans les cas de sadisme sexuel grave et criminel, les individus peuvent violer, blesser grièvement et même tuer leur victime.

Il ne faut pas confondre les troubles paraphiliques de sadisme et de masochisme sexuels avec les activités sadomasochistes consensuelles qui ont lieu dans un contexte sécuritaire et respectueux. Plusieurs partenaires s'engagent dans des jeux sexuels qui constituent une forme « douce » de sadomasochisme (par exemple avec des actes comme la fessée ou les injures, ou avec une alternance de rôles de domination et de soumission entre les partenaires).

Masochisme sexuel

Paraphilie ou trouble paraphilique où la personne éprouve de l'excitation et du plaisir à être l'objet de soumission de quelqu'un d'autre et à subir de la douleur physique ou psychologique.

Le trouble masochisme sexuel

Le **masochisme sexuel** consiste en « une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'être humilié, battu, attaché ou par tout autre acte entraînant la souffrance » (APA, 2015, p. 818). Ainsi, la personne masochiste

retire de l'excitation et du plaisir à être l'objet de soumission de quelqu'un d'autre et à se faire infliger de la douleur physique ou psychologique. Les actes recherchés sont le contraire des actes sadiques : traitement dégradant (paroles blessantes, injures, être traité comme un animal ou un esclave, etc.), contrainte (cagoule, menottes, *bondage* et ligotage, enfermement, etc.), violence physique et torture (être frappé, fouetté, coupé, brûlé, étranglé, etc.). La personne masochiste peut également s'infliger elle-même de la douleur et s'automutiler durant la masturbation. Les individus qui désirent des douleurs intenses sont minoritaires, quoique les actes masochistes mènent parfois à des séquelles physiques sérieuses et même à la mort.

Le masochisme sexuel serait la paraphilie touchant le plus les femmes. De plus, il y aurait davantage de masochistes dans la population que de sadiques. Ainsi, plusieurs font appel aux services de prostitués spécialisés, appelés « maître ou maîtresse, dominateur ou dominatrice », travaillant dans des « donjons » ou des « salles de torture » pour assouvir ce type de fantasmes sexuelles (Langis et Germain, 2009).

Le trouble pédophilie

La **pédophilie** se manifeste par une attirance pour un ou des enfants n'ayant pas atteint la puberté ou par une activité sexuelle avec eux. Les pédophiles peuvent avoir une attirance pour les garçons, les filles ou les deux. Ils peuvent être attirés uniquement par les enfants, ou encore par les enfants et les adultes. L'individu pédophile devient un agresseur lorsqu'il cède à ses impulsions et qu'il passe à l'acte. Généralement, les victimes sont âgées de 13 ans ou moins, alors que l'agresseur est âgé d'au moins 16 ans et qu'il a au moins 5 ans de plus que la victime (APA, 2015). Souvent, la victime peut faire partie de la famille de l'agresseur ; il s'agit alors d'inceste. Les agresseurs pédophiles justifient souvent leurs actes en disant qu'ils « éduquent » l'enfant, que celui-ci en retire du plaisir ou encore que l'enfant est consentant ou qu'il a provoqué sexuellement l'adulte. Les agresseurs sont généralement des hommes bien adaptés, mariés ou divorcés, qui ont eux-mêmes des enfants et qui connaissent bien la victime, qui a confiance en eux. Les agressions pédophiles peuvent durer des années, tant que l'agresseur est en contact avec la victime et qu'il n'est pas dénoncé (André, 2008).

Pédophilie

Trouble paraphilique qui se manifeste par une attirance pour un ou des enfants prépubères ou par une activité sexuelle avec eux.

Les statistiques

Les troubles paraphiliques sont rarement diagnostiqués, car la plupart des personnes touchées ne consultent pas. Cependant, l'importance du marché de la pornographie et des accessoires sexuels, de même que la fréquence des crimes sexuels et des arrestations de délinquants sexuels indiquent probablement une prévalence assez élevée des paraphilies dans la société. Ces dernières semblent toucher principalement les hommes, les femmes n'étant presque jamais diagnostiquées, bien qu'elles soient certainement touchées, mais peut-être dans une proportion plus faible. Enfin, il est fréquent qu'une personne présente plusieurs paraphilies en même temps, bien que l'une d'entre elles domine généralement. Des statistiques associées aux différentes paraphilies ont été présentées au tableau 16.2.

16.3.2 Les facteurs de risque liés aux paraphilies et aux troubles paraphiliques

Aucune recherche n'a encore déterminé clairement les causes des paraphilies (Laws et O'Donohue, 2008). À ce jour, les quelques hypothèses avancées proposent une interaction de facteurs biologiques et de facteurs psychosociaux.

Les facteurs biologiques des paraphilies et des troubles paraphiliques

Une hypothèse proposée pour expliquer l'apparition des paraphilies concerne les facteurs neurobiologiques. Par exemple, les individus touchés par des paraphilies auraient des réactions cérébrales différentes vis-à-vis des stimuli sexuels normaux et paraphiliques, comme lorsque le cerveau d'un individu pédophile montre des signes d'excitation à la vue d'images d'enfants et non à la vue d'images érotiques d'adultes (Waismann *et al.*, 2003). Les individus paraphiliques pourraient aussi présenter des différences quant à l'activité des neurotransmetteurs, aux taux d'hormones comme la testostérone, qui est liée au désir et à l'agressivité, ou au fonctionnement de certaines structures cérébrales (Thibault, 2008). De plus, des traumatismes vécus dans l'enfance, comme l'abus sexuel, pourraient influencer sur le développement et le fonctionnement de certaines structures du cerveau liées à la sexualité (Kafka, 2008). Enfin, l'utilisation abusive de substances psychoactives et leur influence sur le fonctionnement du cerveau ont été associées à des risques plus élevés de paraphilie (APA, 2015).

Certaines recherches ont montré un lien entre la présence de traumatismes émotionnels et sexuels vécus dans l'enfance et la présence de paraphilies à l'âge adulte.

Une autre hypothèse proposée pour expliquer la fréquence plus élevée des paraphilies chez les hommes est la prédisposition biologique. En effet, les hommes atteints d'une ou de plusieurs paraphilies auraient une pulsion sexuelle plus forte ou encore un désir sexuel hyperactif, ce qui pourrait contribuer au développement et au maintien des paraphilies (Haake *et al.*, 2003 ; Kafka, 2003). Les hommes semblent aussi plus prédisposés à la violence et seraient donc plus susceptibles d'utiliser la force ou la coercition dans leur sexualité (Seto, 2008), ce qui pourrait expliquer les penchants de certains pour le sadisme, les agressions ou encore pour d'autres moyens de s'imposer à l'autre, comme l'exhibitionnisme et le frotteurisme.

Les facteurs psychosociaux des paraphilies et des troubles paraphiliques

Des hypothèses liées aux traumatismes précoces, aux facteurs inconscients, à l'apprentissage par conditionnement, aux relations familiales et aux influences socioculturelles sont avancées pour expliquer l'origine des paraphilies.



EXERCICE 16.3 | Les paraphilies

Associez chacun des cas à l'une des paraphilies ou à l'un des troubles paraphiliques suivants :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| A L'exhibitionnisme | E Le masochisme sexuel |
| B Le fétichisme | F Le sadisme sexuel |
| C Le frotteurisme | G Le transvestisme |
| D La pédophilie | H Le voyeurisme |

- | | |
|---|--|
| 1. Guillaume a consacré plusieurs heures à se déguiser en femme avant d'aller danser. | 6. Xavier est particulièrement excité par les souliers à talons hauts des filles. |
| 2. Audrey aime montrer ses seins à des inconnus sur la piste de danse. | 7. Tommy s'imagine en train de ligoter une fille qui danse, juchée sur un haut-parleur. |
| 3. Simone se colle les fesses contre les gars qui dansent avec elle. | 8. Joël, alors qu'il se fait offrir un verre, se met à penser au joli corps imberbe d'un petit garçon qui habite près de chez lui. |
| 4. Caroline imagine qu'elle se fait agresser dans la ruelle en rentrant chez elle. | |
| 5. Louis observe en cachette les filles dans les cabinets de toilette. | |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

Certaines recherches ont montré un lien entre la présence de traumatismes émotionnels et sexuels vécus dans l'enfance et la présence de paraphilies à l'âge adulte (Lee *et al.*, 2002). D'une part, selon l'approche psychanalytique, les paraphilies peuvent être des mécanismes de défense élaborés inconsciemment par l'individu pour faire face à des difficultés non résolues issues de son enfance. D'autre part, selon les théories de l'apprentissage, les paraphilies sont plutôt des modèles déviants d'excitation qui ont été appris ou conditionnés pendant l'enfance ou l'adolescence, à la suite d'expériences vécues. De plus, certaines croyances et distorsions cognitives peuvent contribuer à maintenir un comportement déviant (LeVay et Valente, 2003). Par exemple, un adolescent qui a été surpris à se masturber a pu associer l'excitation au fait de se faire prendre, de même qu'il a pu interpréter la surprise de la personne comme un intérêt sexuel, ce qui pourrait être à l'origine d'un comportement exhibitionniste.

Des antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques et de comportements antisociaux ont été associés à des risques plus élevés de présenter certaines paraphilies. Des relations familiales inadéquates augmenteraient aussi les risques de voir apparaître une paraphilie. Par exemple, une éducation pudique pourrait contribuer au développement de l'exhibitionnisme et du voyeurisme, alors qu'une éducation très culpabilisante favoriserait le sadomasochisme (Langis et Germain, 2009). Une difficulté dans les relations sociales a en outre été mentionnée en tant que facteur de risque pour les paraphilies (Marshall, 1997). Enfin, les paraphilies peuvent souvent émerger en réaction aux valeurs culturelles, aux tabous sociaux et aux modèles stéréotypés.

16.3.3 Les interventions et les traitements des paraphilies et des troubles paraphiliques

Les demandes de consultation pour les paraphilies proviennent rarement de la personne atteinte, car elle n'en ressent pas forcément le besoin. Elles sont plutôt formulées par le conjoint ou à la suite d'une arrestation pour infraction sexuelle. De ce fait, le manque de motivation des sujets qui consultent est souvent le premier obstacle au succès du traitement. Il existe deux types de traitement des paraphilies, soit les approches biologique et psychosociale.

L'approche biologique

L'approche biologique comprend les traitements faisant appel à la médication et à la chirurgie. Il existe des médicaments ou des hormones qui permettent de réduire le désir, les fantasmes et l'activité sexuelle hyperactifs. Ils agissent comme une sorte de castration chimique de l'obsession paraphilique (Bradford, 1997; Maletzky, 1991). Combinée avec la thérapie, cette méthode semble efficace pour certains sujets motivés et bénéficiant d'un bon soutien social. Par ailleurs, des médecins ont tenté la castration physique d'individus présentant un trouble paraphilique ayant commis des infractions sexuelles graves (par exemple, des pédophiles récidivistes), une opération où les testicules ou l'organe génital externe sont enlevés. Toutefois, ces interventions sont très critiquées, car elles constituent davantage une punition qu'un traitement et ne modifient pas forcément le comportement sexuel. Ainsi, l'efficacité scientifique de plusieurs chirurgies reste à prouver, et celles-ci ne doivent donc être qu'un traitement de dernier recours.

L'approche psychosociale

Les thérapies cognitives comportementales constituent actuellement le traitement le plus populaire pour traiter les paraphilies. Elles peuvent notamment aider les délinquants sexuels à mieux contrôler leurs comportements (Abracen et Looman, 2004). Ces thérapies tentent essentiellement de diminuer les cognitions et les comportements problématiques et de les remplacer par des pensées et des actions plus adéquates au moyen de techniques comme la désensibilisation, le reconditionnement et l'entraînement aux habiletés sociales (Nevid, Rathus et Greene, 2011).

La désensibilisation vise à changer les réactions d'excitation et de plaisir dans des contextes inadéquats par des réactions plus neutres. Par exemple, des délinquants sexuels ont appris à imaginer les conséquences négatives de leurs fantasmes et comportements sexuels déviants et à se concentrer sur celles-ci jusqu'à ce que l'excitation disparaisse. Une fois les réactions inadéquates diminuées, il est alors possible pour le sujet de reconditionner son excitation et son plaisir, comme se masturber en ayant des fantasmes plus adaptés.

Plusieurs individus aux prises avec un trouble paraphilique présentent également des difficultés à bien fonctionner sur les plans familial et interpersonnel (Barabee et Seto, 1997). Ils ont besoin d'acquérir des habiletés qui les aideront à mieux se contrôler et à prévenir les rechutes. L'acquisition d'habiletés sociales est également encouragée afin qu'ils réussissent à établir des relations saines avec des partenaires consentants.

RÉSUMÉ

La dysphorie de genre

- La dysphorie de genre est présente chez l'individu dont le sexe anatomique ne correspond pas à l'identité sexuelle, ce qui entraîne de la détresse ou des problèmes de fonctionnement.
- Des facteurs biologiques (variations hormonales prénatales et différences cérébrales) et peut-être des facteurs psychosociaux (environnement familial et éducation) peuvent contribuer au développement de ce trouble.
- Les traitements proposés sont les interventions psychosociales et médicales, qui peuvent aller jusqu'à la chirurgie de changement de sexe.



Fiche de révision

Les dysfonctions sexuelles

- Les dysfonctions sexuelles se manifestent lorsque le désir, l'excitation ou le plaisir sexuels sont entravés par un problème d'ordre physique ou psychologique (ou les deux).
- Les dysfonctions sexuelles sont causées par une interaction de facteurs biologiques (malformation, maladie, médicaments, drogues, etc.), psychologiques (expériences antérieures difficiles, manque de connaissances, états émotifs nuisibles, etc.) et socioculturels (problèmes de couple, valeurs, comportements et rôles sexuels acceptés).
- Il existe deux types de traitement des dysfonctions sexuelles : l'approche biologique (traitement hormonal, médication, chirurgie) et l'approche psychosociale (sexothérapie et thérapie individuelle ou de couple).

Les paraphilies

- Les paraphilies sont des fantasmes, des envies ou des comportements sexuels inhabituels.
- Les troubles paraphiliques sont des paraphilies qui deviennent obligatoires, ou encore qui impliquent de la détresse ou des problèmes de fonctionnement chez l'individu ou de la souffrance chez l'autre.
- Les paraphilies et les troubles paraphiliques semblent provenir d'une interaction entre des facteurs biologiques (prédisposition biologique des hommes, différences de fonctionnement des neurotransmetteurs, des taux d'hormones ou des structures cérébrales) et des facteurs psychosociaux (traumatismes précoces, facteurs inconscients, apprentissage par conditionnement, relations familiales et influences socioculturelles).
- Il existe deux types de traitement des troubles paraphiliques : l'approche biologique (médication, traitement hormonal, chirurgie) et l'approche psychosociale (surtout les thérapies cognitives et comportementales : désensibilisation, reconditionnement et entraînement aux habiletés sociales).

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Action santé travesti(e)s et**transsexuel(le)s du Québec (ASTTEQ)**

www.astteq.org/fr

514 847-0067, poste 207

Aide aux trans du Québec (ATQ)

www.atq1980.org

1 855 909-9038

AlterHéros

Le réseau social pour la diversité sexuelle

www.alterheros.com

Association des sexologues du Québec**(ASQ); Ordre professionnel des****sexologues du Québec (OPSQ)**

Pour chercher les coordonnées d'un sexologue par région, approche, spécialité, etc.

www.associationdessexologues.com;

www.opsq.org

514 270-9289

Cactus

Prévention des infections transmises

sexuellement et par le sang (ITSS)

www.cactusmontreal.org

514 847-0067

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

www.rqcalacs.qc.ca

1 888 933-9007

Département de sexologie de l'UQAM

www.sexologie.uqam.ca

Doctissimo Sexualité

Site français sur la santé sexuelle,

avec documents et forums

www.doctissimo.fr/html/sexualite/sexualite.htm

Enfants transgenres Canada

Ressources pour les enfants

transgenres, leurs familles,

leurs écoles et les communautés

www.enfantstransgenres.ca

Fondation Émergence

Lutte à l'homophobie et à la transphobie

www.fondationemergence.org;

www.homophobie.org

438 384-1058

Gai Écoute

Centre d'écoute et de renseignements

www.gaiecoutte.org

1 888 505-1010

Projet 10

Promotion du bien-être personnel, social,

sexuel et mental des jeunes et adultes

(14-25 ans) lesbiennes, gais, bisexuel(le)s,

transgenres, transsexuel(le)s, etc.

www.p10.qc.ca

514 989-4585

SOS violence conjugale;**Regroupement des maisons pour****femmes victimes de violence conjugale**

www.sosviolenceconjugale.ca;

www.maisons-femmes.qc.ca

1 800 363-9010

L'ÉTHIQUE DANS LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Par Alain Huot

PLAN DU CHAPITRE

17.1 L'internement et la cure fermée en psychiatrie ...	433
17.1.1 L'histoire de l'hospitalisation psychiatrique et de ses excès.....	433
17.1.2 L'hospitalisation psychiatrique au Québec aujourd'hui: la cure fermée.....	437
17.1.3 L'évaluation du trouble mental et du danger dans les cas d'hospitalisation	440
17.2 Les criminels et la santé mentale	441
17.2.1 La responsabilité criminelle	441
17.2.2 La capacité à subir un procès.....	443
17.2.3 Les responsabilités des professionnels de la santé mentale.....	443
17.3 Les règles éthiques et le traitement des maladies mentales.....	444
17.3.1 Éviter les conflits d'intérêts	444
17.3.2 Ne pas nuire au client	445



Les troubles mentaux n'affectent pas seulement les personnes qui en sont atteintes. Ils touchent aussi leurs proches et, plus largement, ils perturbent l'ensemble de la société quand ces troubles entraînent des difficultés à se conformer aux exigences de la vie collective. Lorsque, par exemple, une personne est profondément déprimée ou paralysée par l'anxiété, sa capacité à travailler ou à assumer ses responsabilités de parent, de conjoint ou de citoyen est amoindrie. De nombreux symptômes de troubles en santé mentale peuvent poser un défi pour les proches au quotidien. Citons, par exemple, les privations alimentaires des personnes atteintes d'anorexie, les hallucinations et les délires des schizophrènes, les manifestations de tristesse et de désespoir des dépressifs, ainsi que les excentricités et les demandes interpersonnelles difficiles à satisfaire qui accompagnent les troubles de la personnalité. Dans les cas les plus graves, et les plus rares, la déviance peut prendre un caractère suicidaire, agressif ou criminel.

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent devenir un fardeau pour leurs proches ou pour la communauté, car elles peuvent demander de nombreux soins. De ce fait, des professionnels et des organismes ont pour fonction de fournir des services en santé mentale qui sont encadrés par des lois et des principes d'éthique.

Avant d'être un service que fournissent des professionnels, le réconfort apporté à la détresse psychologique est une forme d'entraide humaine. Le soutien psychologique s'exerce quotidiennement entre les conjoints, les amis, les membres d'une famille, voire entre les collègues de travail.

Confronté à une détresse accrue ou entraînant des incapacités, le milieu de la santé peut procurer un cadre d'entraide plus spécifique, par exemple des groupes de soutien ou des lignes d'écoute. De tels services sont souvent offerts par des personnes aux prises avec les mêmes problèmes que les personnes qui les requièrent. Cependant, il arrive que le trouble soit trop envahissant et que l'entraide ne suffise pas. Dans ce cas, les personnes qui souffrent ont besoin d'aide professionnelle et la plupart d'entre elles consultent de leur propre initiative. Les psychologues et les autres psychothérapeutes, ainsi que plusieurs autres intervenants en santé mentale proposent différentes formes d'aide qui s'appuient sur des connaissances scientifiques et une expérience clinique. Les psychiatres, quant à eux, proposent de l'écoute, mais aussi de la pharmacothérapie et d'autres interventions basées sur des connaissances médicales.

Les psychologues, les psychothérapeutes et plusieurs autres intervenants, de même que les organismes (ci-dessus, le CLSC Orléans Maizerets) dont le mandat est de fournir des services en santé mentale sont encadrés par des lois.



Lorsque le réconfort, le soutien, la thérapie et les médicaments se révèlent insuffisants pour traiter les troubles mentaux les plus graves, le dernier recours est l'hospitalisation en psychiatrie. En outre, plusieurs personnes hospitalisées pour des troubles mentaux n'ont pas sollicité leur traitement : l'internement psychiatrique présente un caractère contraignant. En général, ce sont les proches ou des personnes en position d'autorité (comme les policiers) qui entreprennent des démarches conduisant à l'internement, le plus souvent contre la volonté du malade. Parce qu'il héberge des gens contre leur volonté, l'internement psychiatrique comporte de nombreux risques d'un point de vue éthique.

La société est constamment exposée à la tentation de condamner et de bannir les malades mentaux qui ne parviennent plus à participer à son fonctionnement et qui deviennent un fardeau. Les asiles d'aliénés de l'époque ont ainsi largement servi à éloigner la folie du regard public. Les malades mentaux y ont été détenus dans des conditions misérables et ils ont subi des traitements inhumains. L'internement et la mise à l'écart entretenaient l'illusion d'une division radicale de la société entre des éléments malades dits irrécupérables et la masse saine des individus normaux. À l'âge d'or de l'internement au Québec, dans les années 1950, on a négligé le fait que les troubles mentaux font partie de l'expérience humaine, que la force ne peut éradiquer la folie et que, par rapport aux normes sociales, la déviance est inévitable. Les statistiques rappellent d'ailleurs que d'une personne sur cinq à une personne sur six sera atteinte d'un trouble mental plus ou moins grave au cours de sa vie, et que nul n'est jamais à l'abri de la détresse psychologique (Camirand et Nanhou, 2008).

Les personnes atteintes de troubles mentaux obligent aussi la société à établir l'origine de leur souffrance. Car ce sont précisément des exigences aliénantes de la société qui peuvent constituer un facteur déterminant de plusieurs troubles mentaux : la pauvreté, l'exclusion sociale, l'incapacité à accepter la différence ainsi que les responsabilités disproportionnées et accablantes sont autant de sources de détresse psychologique. Les membres de communautés culturelles marginalisées et dévalorisées comme les autochtones du Canada représentent aujourd'hui une part disproportionnée des personnes atteintes de certains troubles. Et les militaires exposés aux atrocités de la guerre attestent eux aussi par leurs traumatismes que les troubles en santé mentale sont souvent des réactions aux circonstances de la vie.

Un cas éthique extrême : l'extermination des malades mentaux

Selon les théories qui prévalaient en Amérique et en Europe dans les deux premiers tiers du 20^e siècle, les troubles mentaux étaient essentiellement le signe d'une dégénérescence incurable. L'aboutissement de ce point de vue était l'eugénisme. Selon cette théorie sociale, proposée en 1883 par le scientifique britannique Francis Galton, la santé, la force et la richesse des sociétés dépendent de facteurs biologiques héréditaires. On croyait que les malades mentaux et les déficients affaiblissaient le patrimoine génétique des sociétés, ce qui justifiait leur mise à l'écart. Les déficients mentaux ont aussi été légalement stérilisés dans plusieurs pays occidentaux jusque dans les années 1960.

En Allemagne, dans les années 1930, un programme d'élimination des vies considérées comme indignes d'être vécues a été instauré dans les hôpitaux psychiatriques. Jusqu'à 70000 handicapés mentaux, schizophrènes et bipolaires ont été gazés (Tregenza, 2011). Les protestations des familles ont mis fin à ce programme. Néanmoins, le manque de ressources causé par la Seconde Guerre mondiale a entraîné une poursuite plus discrète des éliminations de patients psychiatriques, qu'on laissait mourir de faim ou qu'on empoisonnait avec des doses excessives de médicaments. Ces mesures ont été

pratiquées en Allemagne et partout en Europe dans les territoires occupés, la plupart du temps avec le consentement enthousiaste des médecins. Ces derniers partageaient la perception pessimiste du gouvernement nazi et considéraient aussi que les malades mentaux étaient des bouches à nourrir improductives et inutiles.



Ce monument à Berlin évoque l'« euthanasie » des malades mentaux dans les années 1930. Les gaz d'échappement étaient utilisés pour asphyxier les internés d'hôpitaux psychiatriques.

Les sociétés redéfinissent constamment les réponses aux défis que leur lancent les personnes atteintes de troubles mentaux. Les limites de la tolérance et de la capacité d'intégration varient à chaque époque. Au Québec, la publication, en 1962, du rapport Bédard marque un point tournant quant à la remise en question des politiques d'exclusion et d'internement des malades mentaux. De nouvelles règles éthiques et de nouvelles pratiques de soin ont vu le jour. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui a transformé le statut social des personnes atteintes de troubles mentaux, dont les droits sont désormais formellement reconnus. Une explosion de l'offre en pharmacothérapie a accompagné ce processus. Les troubles mentaux ont cessé d'être confinés aux institutions, ils sont devenus plus visibles dans l'espace public et ils ne s'accompagnent plus du même tabou qu'autrefois. Cependant, il peut arriver que des personnes atteintes soient laissées à elles-mêmes, sans assistance adéquate, et vivent au sein d'une population indifférente ou hostile. D'ailleurs, le volet santé mentale représente l'enfant pauvre du réseau de la santé, puisque les sommes investies sont dérisoires en comparaison des sommes allouées pour la lutte contre le diabète et le cancer. Malgré une prévalence des troubles en santé mentale de 10,4% dans la population canadienne, ce secteur de la santé reçoit seulement 1,3% du budget. C'est infiniment moins que dans le cas du diabète, par exemple, dont la prévalence est de 4,8%, mais qui obtient 24,2% du budget de financement (Ambrosini *et al.*, 2008).

L'investissement en santé mentale tant au Québec qu'au Canada est ainsi en deçà des recommandations des pays qui sont à l'avant-garde des réformes de santé, tels que le Royaume-Uni (10,0%), l'Australie (9,6%) et la Nouvelle-Zélande (11,0%) (OMS, 2014). Les lois et les principes éthiques concernant les troubles mentaux touchent l'internement, le système judiciaire et l'encadrement des professions de la santé mentale.

17.1 L'internement et la cure fermée en psychiatrie

Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux ont pour origine les asiles. Ces derniers, initialement créés en France à la suite d'une ordonnance du roi Louis XIV, abritaient les vagabonds, avec ou sans leur consentement. Les asiles remplissaient deux fonctions : une fonction d'action charitable qui consistait à héberger les sans-abri, et une fonction de contrôle social dans le but de confiner les personnes présentant les problèmes de déviance les plus graves. Le savant Philippe Pinel introduit des réformes dans le système asilaire à l'époque de la Révolution française en faisant valoir que la maladie mentale peut être traitée. Au 19^e siècle, la folie devient un problème médical. Son traitement a été placé sous la responsabilité de médecins, et les asiles sont peu à peu devenus des hôpitaux psychiatriques (Hochmann, 2011).

17.1.1 L'histoire de l'hospitalisation psychiatrique et de ses excès

L'hospitalisation psychiatrique a aujourd'hui deux fonctions assez similaires à celles qu'avaient les asiles à l'époque de Louis XIV : la protection du malade et le maintien de la sécurité publique. Au Canada comme dans la plupart des sociétés modernes, ces deux fonctions relèvent de l'État, même si ce sont des médecins qui les exercent. Le rôle de protection des malades consiste à veiller à leur survie lorsque ces malades ne peuvent subvenir à leurs propres besoins et lorsqu'ils sont dangereux pour eux-mêmes, comme dans le cas d'une crise suicidaire. L'État joue alors un rôle de parent de substitution, de *parens patriae*, pour employer l'expression latine juridique (Perlin, 2000). Par ailleurs, hospitaliser quelqu'un par souci de sécurité publique consiste à protéger la société contre des malades mentaux qui pourraient représenter un danger ou une nuisance grave. L'État exerce alors son pouvoir policier en confinant une personne dans un établissement. Les deux fonctions de l'hospitalisation psychiatrique comportent des enjeux éthiques et des risques de dérive.

Le principal enjeu éthique de la protection des malades est le respect de la responsabilité individuelle. En protégeant un malade vulnérable, il faut éviter de l'infantiliser et de lui enlever l'autonomie qui lui reste. L'internement à long terme en particulier peut créer un état de dépendance et créer un cercle vicieux : le malade est interné parce qu'il est incapable de se prendre en charge, et il reste incapable de se prendre en charge parce que l'internement le déresponsabilise, voire lui enlève sa dignité.

Quant à la protection de la société contre le malade, elle soulève la question de la liberté individuelle. D'ailleurs, toute l'histoire de la psychiatrie est entachée d'abus de pouvoir et de mépris du droit des malades. L'internement est par définition une privation de liberté. En outre, le contrôle des comportements dangereux ou violents nécessite l'usage de moyens coercitifs. Les asiles du 19^e siècle comportaient des cachots; les hôpitaux psychiatriques du 21^e siècle ont des salles d'isolement (aujourd'hui surveillées et reliées à des codes éthiques). En 1795, l'aliéniste français Philippe Pinel a amorcé une réforme des asiles qui consistait à ne plus garder les malades enchaînés, à l'exception de ceux qui risquaient d'être dangereux envers eux-mêmes ou envers les autres. Cependant, les camisoles de force ont été inventées peu de temps après (Hochmann, 2011). Elles ne servent plus aujourd'hui, mais on les a remplacées par des contentions, qui sont des liens en cuir ou en toile avec lesquels on attache les malades agités. Les contentions sont utilisées pour prévenir les blessures et empêcher les comportements agressifs (Mouchet, 2003). Dans le même but, on utilise aussi des médicaments puissants qui calment, mais tétanisent les patients. Ces médicaments sont parfois qualifiés de contentions chimiques.

Pour ce qui est du nombre de personnes internées et de la dureté des conditions d'internement, l'hospitalisation psychiatrique a connu son apogée durant les décennies avant et après la Seconde Guerre mondiale. Au Québec, durant des générations, les patients ont principalement été gardés dans deux établissements gigantesques qu'administraient des communautés religieuses catholiques : l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Montréal, et l'asile Saint-Michel-Archange, à Québec. À la fin des années 1950, chacun de ces établissements hébergeait près de 5 000 patients (Bédard, 2007). Les conditions d'internement psychiatrique étaient carcérales et, jusqu'en 1974, il n'existait aucune reconnaissance légale du droit des malades. Les témoignages rendent compte de la brutalité avec laquelle les pensionnaires des asiles étaient traités (*voir à ce sujet l'autobiographie de la chanteuse Alys Roby au chapitre 5*). En 1962, la commission d'enquête Bédard a publié un rapport accablant qui a dévoilé sur la place publique le scandale du traitement des malades mentaux (Boudreau, 1984). L'internement constituait, jusque vers 1970, une mise à l'écart de la communauté qui était souvent définitive. L'exclusion sociale des malades mentaux renforçait la stigmatisation de l'ensemble de la société à leur égard. En réalité, l'internement psychiatrique réduisait presque à néant le statut social des internés, qui étaient à peine considérés comme des êtres humains (Swain, 1997).

Curatelle publique

Régime légal de mise en tutelle des biens d'une personne considérée comme inapte à en disposer.

La loi qui encadrait l'internement psychiatrique de 1950 à 1974 mettait d'office le patrimoine des malades sous **curatelle publique**. Cette mise en curatelle consistait à retirer l'accès à leurs avoirs à des malades que l'on considérait comme irresponsables. La curatelle publique protégeait les biens et les capitaux d'une dilapidation possible, mais elle retirait aussi aux malades les moyens de sauvegarder leur autonomie. Par ailleurs, la loi ne prévoyait aucun recours permettant aux malades de refuser leurs traitements ou d'en demander la révision (Crocker, 2009). Les malades mentaux n'étaient en fait plus considérés comme des sujets responsables et étaient livrés à la direction de l'établissement.

Le cas des malades mentaux étant plus ou moins considéré comme désespéré, on a essayé sur eux à la fin du 18^e siècle des traitements radicaux, douloureux et parfois très dommageables. Les bains glacés et la flagellation servaient aussi fréquemment de thérapies de choc (Hochmann, 2011). Les progrès médicaux ont permis l'élaboration de nouveaux traitements psychiatriques plus sophistiqués, mais plus invasifs, comme la lobotomie et les électrochocs. La lobotomie, une section chirurgicale des lobes du cerveau, a été pratiquée sur des milliers de patients dans les années 1950 sans qu'on ait testé au préalable les dangers potentiels de cette intervention. De nombreux patients ont gardé de leur lobotomie des séquelles bien plus graves que leur maladie mentale initiale (Shorter, 1997). Un autre traitement controversé est l'électroconvulsithérapie,

EN RELIEF

Les orphelins de Duplessis

Dans les années 1940 et 1950, le Québec a été le théâtre d'un cas particulièrement scandaleux d'abus massif de pouvoir lié aux établissements psychiatriques. Des milliers d'orphelins confiés à la garde de l'Église catholique ont été faussement déclarés malades mentaux et internés dans le but d'obtenir des subventions fédérales. On a nommé ces enfants les «orphelins de Duplessis», en référence au premier ministre du Québec à cette époque. Ce nom rend aussi compte du fait que plusieurs des établissements les plus respectés de la société ont été complices du mauvais traitement infligé à ces enfants : principalement l'Église catholique, le gouvernement du Québec et des membres en règle du Collège des médecins qui avaient prononcé le serment d'Hippocrate.

La plupart des enfants concernés étaient stigmatisés parce qu'ils avaient été confiés à l'adoption après avoir été conçus hors mariage. À cette époque où la contraception et l'interruption volontaire de grossesse étaient interdites, les orphelinats québécois regorgeaient d'enfants encombrants et non désirés. Plutôt que de les éduquer et d'investir des ressources pour ces vivants rappels de péchés honteux, on a préféré les confier à des maisons de santé, souvent sur la foi de certificats médicaux falsifiés. Beaucoup ont été jugés déficients, certains ont reçu des diagnostics de troubles mentaux.

Avec les conditions qui sévissaient dans les asiles de l'époque, l'internement des orphelins de Duplessis a gravement entravé leur développement et leur a souvent causé des troubles de santé mentale bien réels. Plusieurs orphelins de Duplessis ont été victimes de sévices sexuels et ils ont servi à des expériences médicales. La plupart d'entre eux ont gardé des séquelles toute leur vie à cause de leur jeunesse dérobée. Plusieurs se sont suicidés, et la plupart ont

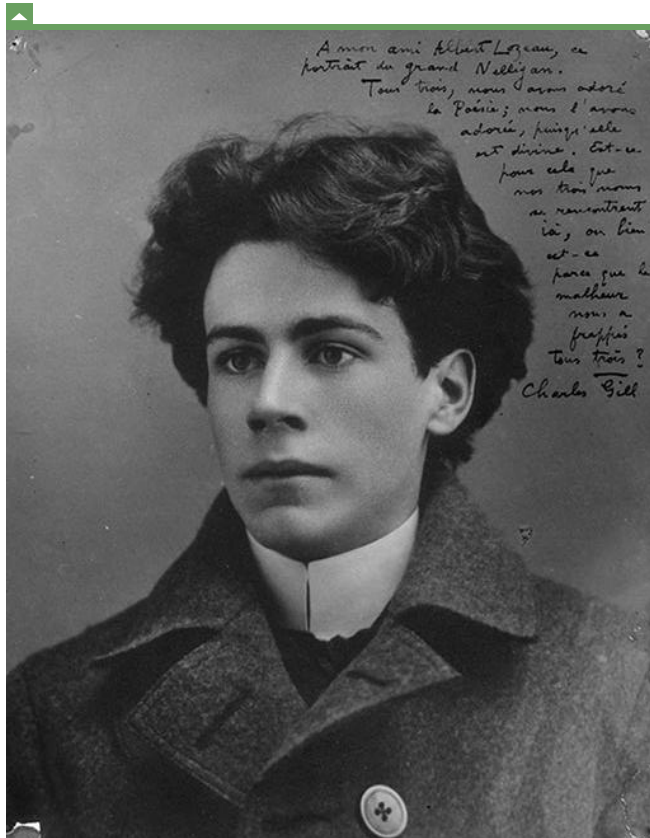
échoué leur insertion sociale lorsqu'ils ont été libérés (Protecteur du citoyen, 1997).

Le scandale des orphelins de Duplessis a été dévoilé par des survivants et dénoncé devant les tribunaux. En 1999, le gouvernement du Québec a officiellement présenté des excuses aux orphelins et leur a versé des compensations financières.



Professeur, écrivain et président de l'Union des écrivains québécois, Bruno Roy, décédé en 2010, était un orphelin de Duplessis. Sa voix a porté la revendication des orphelins et a permis d'obtenir une reconnaissance officielle de l'injustice et de leurs souffrances. Le sort des orphelins de Duplessis rappelle les excès de pouvoir et les dérives qui ont suivi dans les grands établissements qui étaient censés promouvoir la santé mentale.

Le poète québécois Émile Nelligan menait une vie de bohème et se heurtait aux valeurs conservatrices de son père. Il est mort en 1941, à l'asile Saint-Jean-de-Dieu. Figure romantique de l'histoire littéraire québécoise, mis tragiquement à l'écart, il est un symbole de l'incapacité de la société à composer avec la différence et la détresse psychologique. Avec des poèmes comme *La romance du vin* (1899), *Le Vaisseau d'or* (1899) et *Soir d'hiver* (1903), l'héritage de Nelligan est aujourd'hui inestimable.



ou par électrochocs (*voir le chapitre 1*), dont on a démontré qu'elle atténue des symptômes de dépression graves. Cependant, ce traitement a été longtemps pratiqué de force et sans anesthésie (Comité Pare-Chocs, 2010).

Pire encore, des patients psychiatriques ont servi de cobayes non consentants dans des expériences qui ne visaient aucunement l'amélioration de leur état. Ainsi, durant les années 1960, les patients du docteur Ewen Cameron de l'Institut neurologique de Montréal ont participé à des expériences sur le lavage de cerveau en collaboration avec la CIA américaine. On a aussi administré du LSD à ces patients pour tester les effets de cette drogue comme sérum de vérité, dans le but de faire parler des espions. Ces expériences étaient considérées comme justifiées dans le contexte de la guerre froide, sans que les droits des patients soient respectés (Collins, 1988).

Dans les années 1960, un mouvement de réaction s'est formé contre les dérives et les excès de la psychiatrie. On a nommé ce mouvement l'antipsychiatrie (*voir le chapitre 1*). Ce mouvement a permis l'expression d'un point de vue critique dont la validité n'a pas été contestée depuis. Les traitements offerts en santé mentale aujourd'hui sont nés de ce vent de changement. Selon Szasz (1960), dont les travaux sont à la base de l'antipsychiatrie, l'asile ne soigne pas les malades, mais les écrase. L'hôpital serait surtout un instrument de répression servant à disqualifier et à exclure les personnes qui contreviennent aux principes politiques ou philosophiques dominants. Autrement dit, l'internement psychiatrique serait le refus violent de ce qui diffère de la norme (Foucault, 1972). La solution de rechange proposée par l'antipsychiatrie est de reconnaître le potentiel créatif associé à la déviance et surtout les droits légitimes des malades mentaux ou des dissidents de tous types.

À une époque de conformisme extrême, l'établissement psychiatrique semble avoir effectivement servi à éteindre des voix divergentes que la société refusait de tolérer. Des personnes marginales qui souffraient, mais qui ne représentaient aucun danger réel, ont été reléguées et déshumanisées dans les asiles. La liste des artistes qui ont été internés ou qui sont morts à l'hôpital psychiatrique comporte quelques-unes des figures les plus originales du 20^e siècle : Camille Claudel, Émile Nelligan, Antonin Artaud, Ernest Hemingway, pour ne citer que ces cas célèbres (Mensongepsey, 2010). En refusant d'entendre ces voix et en les étouffant dans des hôpitaux, la société s'est souvent privée de critiques utiles et d'innovations qui auraient pu contribuer à son avancement. Certains États ont même eu recours aux établissements psychiatriques pour détenir et « traiter » les dissidents politiques, notamment l'ancienne Union soviétique (Krasnov et Gurovitch, 2012).

EXERCICE 17.1 | L'internement psychiatrique

1. Quelles sont les deux fonctions de l'internement ?
2. Quel abus n'a pas été dénoncé dans le cas de la psychiatrie ?
 - A** La soumission des patients à des traitements douloureux et souvent inutiles.
 - B** De la brutalité.
 - C** L'absence de reconnaissance des droits.
 - D** La privation des moyens de conserver son autonomie.
 - E** Le travail sans rémunération.
3. Qu'est-ce qui justifie l'usage des contentions ?
4. Les patients dans les asiles québécois avaient le droit de refuser leur traitement dans les années 1960. Vrai ou faux ?

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

17.1.2 L'hospitalisation psychiatrique au Québec aujourd'hui : la cure fermée

Au Québec, le courant antipsychiatrique ainsi que la dénonciation de plusieurs scandales ont entraîné une réforme profonde des établissements psychiatriques. L'introduction des neuroleptiques à partir de 1952, puis l'accès à de nombreux médicaments innovants ont également contribué à des transformations majeures.

En 1974, la Loi sur la protection du malade mental a reconnu des droits aux patients et a organisé pour eux des recours légaux. L'accent a cessé d'être mis sur le traitement de la maladie mentale. On insiste plutôt sur la promotion de la santé mentale. Des actes symboliques ont marqué ce changement d'époque. En 1976, l'asile Saint-Jean-de-Dieu est devenu l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, et l'asile Saint-Michel-Archange, le Centre hospitalier Robert-Giffard (renommé à nouveau en 2009 l'Institut universitaire en santé mentale de Québec). Des mesures tendent à humaniser la prestation de soins au quotidien. Les personnes internées ne sont plus considérées comme des «patients», mais comme des **bénéficiaires**. Les préposés aux bénéficiaires qui veillent sur eux ne portent plus d'uniforme dans la plupart des unités. Du côté des bénéficiaires, on préfère qu'ils soient habillés en civil plutôt que vêtus de la «jaquette d'hôpital», afin de favoriser leur réinsertion dans la communauté et d'éviter de les stigmatiser. Les hôpitaux psychiatriques sont aujourd'hui moins fermés sur le monde extérieur. Des laissez-passer permettent aux bénéficiaires d'en sortir, et on tente d'éviter l'internement à long terme (Bédard, 2007). On a aussi assoupli les régimes de curatelle de manière à protéger les avoirs des bénéficiaires sans les en priver de façon arbitraire et définitive.

La participation involontaire à des expérimentations, source fréquente d'abus commis sur les patients psychiatriques, a été éliminée au moyen de codes d'éthique s'appliquant au travail scientifique. Les organismes qui subventionnent la recherche obligent les scientifiques à obtenir un **consentement libre et éclairé** de la part de tout participant humain. Le consentement libre et éclairé est un document qui explicite les buts, les risques et le déroulement d'une étude. En signant ce document, les participants doivent aussi être informés qu'ils peuvent retirer leur consentement à tout moment sans avoir à le justifier et sans conséquence.

Bénéficiaires

Personnes qui reçoivent des soins dans le système de santé québécois, notamment dans les hôpitaux psychiatriques.

Consentement libre et éclairé

Accord explicite que doit légalement fournir tout participant à une étude scientifique et qui peut être retiré en tout temps.



▼
 Au Québec, quelques centres d'hébergement offrent une halte ponctuelle et à court-terme aux sans-abris, tout autant à Montréal que dans les plus petites municipalités. Par exemple, le centre d'hébergement Fleur de Macadam, à Saint-Jérôme, sert d'abri temporaire aux sans-toits des Laurentides. Cette ressource communautaire vient en aide à des personnes souffrant de troubles en santé mentale incapables de subvenir à leurs besoins, mais qui ne trouvent de soutien ni dans les services officiels ni dans leur milieu de vie. Mais le centre Fleur de Macadam est débordé par la demande et souffre de sous-financement, une situation fréquente parmi les organismes qui doivent composer avec les conséquences de la désinstitutionnalisation.

Désinstitutionnalisation

Politique publique de réduction de l'internement psychiatrique par un recours accru à la pharmacothérapie, à des ressources externes et à l'intégration dans la communauté.

Cure fermée

Hospitalisation psychiatrique requise d'office avec ou sans le consentement d'un patient dont on estime que le comportement présente un risque pour lui-même ou pour autrui.

Au Québec comme partout en Occident, plusieurs patients des hôpitaux psychiatriques qui avaient été internés ont pu retourner vivre dans la communauté à partir de la fin des années 1960 (Stroman, 2003). On traite aujourd'hui la maladie mentale dans des services de psychiatrie des hôpitaux généraux ou dans des établissements externes. Des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont hébergées dans des foyers d'accueil ou des foyers de groupes plutôt que dans des hôpitaux. On nomme ce mouvement d'attrition des hôpitaux psychiatriques la **désinstitutionnalisation**. De 1960 à 1996, par exemple, le Centre hospitalier Robert-Giffard est passé de 5 200 à 1 800 bénéficiaires (Cardinal, 1997).

Malheureusement, les besoins en santé mentale ne sont pas comblés, et il reste encore à inventer bien des solutions de rechange à l'institutionnalisation. Certains reprochent au mouvement de désinstitutionnalisation d'avoir versé dans l'excès inverse par rapport à ce qui se passait dans les asiles oubliettes des générations précédentes. Par exemple, on a cessé de fournir des soins aux personnes qui en avaient besoin et laissé à elles-mêmes des personnes incapables de gérer leur propre vie. Le fardeau de la prise en charge est passé des hôpitaux au milieu de vie des anciens bénéficiaires. Or, ce milieu n'a souvent pas la capacité de fournir un soutien adapté. On souligne aussi l'inadéquation des ressources externes qui sont censées appuyer la réinsertion des malades mentaux dans la communauté (Fakhourya et Priebea, 2007).

Une conséquence spectaculaire des ratés de la désinstitutionnalisation est l'augmentation du nombre de sans-abri. En effet, une proportion élevée d'entre eux, au Québec comme ailleurs, présente des problèmes de santé mentale. Un autre phénomène associé à la désinstitutionnalisation est le rajeunissement de cette population. Des adolescents, souvent les plus fragiles, décrochent de leur milieu et accumulent les facteurs de risque en santé mentale.

Jusqu'au milieu du 20^e siècle, les familles plus soudées prenaient soin elles-mêmes de plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux. Pour les individus que les familles excluaient ou dont elles ne pouvaient prendre soin, l'asile représentait toutefois une sorte d'ostracisme à leur égard. Selon Roy (1995), ce sont seulement les modalités de l'exclusion sociale qui ont changé depuis cette époque. Plutôt que d'être confinée dans l'enclos muré de l'asile, l'exclusion sociale se vit dans l'espace public, au vu et au su de tous.

Les lois garantissent le droit de refuser des traitements médicaux. Cependant, dans le cas des traitements psychiatriques, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (1997, c. 75, a. 25) prévoit qu'une personne peut être en garde préventive contre son gré dans certaines conditions. Ces dernières sont remplies si on estime que le comportement d'une personne présente un danger pour sa propre santé ou pour sa sécurité, ou pour la santé ou la sécurité d'autrui (Gouvernement du Québec, 2011).

L'hospitalisation forcée est une situation légale de privation de liberté sans qu'un crime ait nécessairement été commis (Crocker, 2009). On la désigne sous le nom de **cure fermée**. La cure fermée est régie par un cadre juridique et par des pratiques qui tentent d'équilibrer les droits des malades et les droits de leur entourage. La loi prévoit plusieurs recours et droits d'appel. Trois types de

procédures sont en vigueur pour amorcer une cure fermée : la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée.

- La cure fermée peut servir de mesure d'urgence en présence d'un danger grave et immédiat. Il s'agit alors d'une **garde préventive**, d'une durée de 72 heures. Ce type de cure fermée ne nécessite pas une ordonnance de la cour, mais uniquement l'avis d'un médecin. De simples présomptions sont considérées comme suffisantes. On applique généralement cette mesure après une tentative de suicide ou à la suite d'une intervention policière. La garde préventive est principalement utilisée dans le but de procéder à une évaluation psychiatrique.
- La **garde provisoire** requiert la décision d'un juge, qui ordonne à une personne de se soumettre à deux examens psychiatriques afin d'évaluer le danger qu'elle représente. La durée de la garde provisoire est de sept jours. Même si elle est prévue par la loi, la garde provisoire est peu utilisée. Dans la plupart des cas, une garde autorisée suit directement la garde préventive (Collectif Action Autonomie, 2005).
- La **garde autorisée** est d'une durée de 21 à 30 jours. Elle doit être autorisée par la cour et requiert deux évaluations psychiatriques pour entrer en vigueur. Cette garde peut être renouvelée indéfiniment, mais la personne hospitalisée peut toujours faire appel auprès de la Commission des affaires sociales. Cette dernière doit considérer de nouvelles évaluations psychiatriques pour rendre sa décision (Bédard, 2007).

La notion de danger pour soi ou pour autrui est donc le critère central en ce qui concerne le recours à la cure fermée. Or, cette notion laisse place à l'interprétation et aussi à la controverse. Les organismes de défense des malades mentaux dénoncent souvent les cas d'abus de la part des policiers, qui demanderaient trop fréquemment la cure préventive au Québec, avec l'assentiment complaisant des médecins. Des malades ont parfois recours aux tribunaux après avoir reçu des médicaments contre leur gré ou après avoir été gardés en isolement ou sous contention durant des cures fermées (Gervais, 2009).

Même si on rapporte moins d'abus révoltants depuis trois décennies, l'établissement psychiatrique tend parfois encore à constituer un milieu de vie déshumanisant. On dénonce l'abus des contentions et de la contrainte physique, ainsi que le manque de respect pour la vie privée et les valeurs individuelles, encore courants dans les hôpitaux. Le manque de ressources dans ces établissements oblige le personnel soignant à se surpasser afin d'offrir les soins aux bénéficiaires. Ce contexte attise la frustration et génère des tensions d'un côté comme de l'autre.

Garde préventive

Cure fermée de 72 heures requise d'urgence par un médecin pour l'évaluation psychiatrique d'une personne dont le comportement semble présenter un danger pour elle-même ou pour autrui.

Garde provisoire

Cure fermée de sept jours pour permettre deux évaluations psychiatriques d'une personne dont le comportement a été considéré comme dangereux par la cour.

Garde autorisée

Cure fermée de 21 à 30 jours renouvelable pour permettre deux évaluations psychiatriques d'une personne dont le comportement a été considéré comme dangereux par la cour.

EXERCICE 17.2 | La cure fermée

Vrai ou faux ?

1. La cure fermée peut être requise pour un mois sur simple ordonnance d'un médecin.
2. Le principal critère pour requérir une cure fermée est le danger pour soi ou pour autrui.
3. La cure fermée occasionne une limitation partielle et temporaire de la liberté.
4. Les personnes en cure fermée sont parfois mises sous contention.
5. Les personnes en cure fermée ne peuvent la faire réviser.

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

17.1.3 L'évaluation du trouble mental et du danger dans les cas d'hospitalisation

Lorsqu'une cure fermée est requise, on considère que la personne hospitalisée présente un trouble mental, outre le fait de représenter un danger. Cependant, la définition légale de trouble mental ne recoupe pas la définition médicale : recevoir un diagnostic de trouble mental, selon le *DSM*, n'équivaut pas à être considéré comme un malade mental aux yeux de la loi. Ainsi, une personne qui reçoit un diagnostic de trouble anxieux ne répond d'aucune manière à un critère légal qui la ferait considérer comme un malade mental. L'inconvénient de cette distinction est que la définition légale de maladie mentale est ambiguë et qu'elle laisse place à l'interprétation subjective des intervenants.

Le cas de l'ex-cardiologue Guy Turcotte en est un exemple. Celui-ci a été jugé non criminellement responsable du meurtre de ses deux enfants commis en février 2009. La psychiatre Dominique Bourget a affirmé que le trouble d'adaptation avec humeur dépressive expliquait que l'homme soit passé à l'acte. (Il a été reconnu coupable lors d'un nouveau procès en 2015.)

Les personnes atteintes d'un trouble mental représentent souvent une charge pour leurs proches, qui peuvent alors demander leur hospitalisation. Toutefois, le critère de dépendance ne suffit pas à justifier légalement une cure fermée. Le critère central reste celui du danger, qui est souvent surestimé.

Selon certaines conceptions populaires, les malades mentaux peuvent être dangereux. Puisqu'ils contreviennent aux normes, leurs comportements paraissent imprévisibles. La maladie mentale est d'ailleurs un motif de non-responsabilité criminelle retenu dans des affaires célèbres qui captivent périodiquement l'attention du public. Pourtant, les données disponibles indiquent que la fréquence des actes de violence est à peine plus élevée chez les malades mentaux que dans la population en général (Monahan, 1992). Les cas de violence se limitent surtout à quelques diagnostics : les troubles bipolaires graves et la schizophrénie (Douglas, Ogloff et Hart, 2003).

L'action d'évaluer et de prédire le danger est un acte professionnel délicat pour les spécialistes de la santé mentale. Trop de prudence dans la prédiction peut engager la responsabilité d'un thérapeute qui aurait pu prévenir un acte de violence ou contribuer à placer en établissement une personne vraiment dangereuse. Inversement, trop de rigueur dans le diagnostic de danger stigmatise une personne et contrevient à ses droits fondamentaux. Des outils diagnostiques standardisés assistent le jugement des professionnels.

Le HCR-20 (*Historical, Clinical, Risk Management-20* - HCR-20 - signifie « échelle en 20 points d'évaluation historique et de gestion clinique du risque ») est l'un des outils couramment utilisés au Québec (Côté, 2001). Les études de validation initiales de ce test ont été menées au Canada auprès de détenus dans des prisons fédérales à sécurité maximale (Douglas et Webster, 1999). Le calcul des points d'évaluation permet de mesurer le risque actuel en fonction de l'historique du patient ainsi que du risque futur. Dans l'évaluation du risque futur, on tient compte des éléments comme le stress que vit le patient ou son exposition anticipée à des facteurs déstabilisants, par exemple un retour dans un milieu où il est susceptible de consommer de la drogue. Le but du test n'est pas seulement

d'évaluer le danger ; il permet aussi aux professionnels d'élaborer des stratégies de gestion de ce risque (Shaffer, Kelly et Lieberman, 2011).

Lorsqu'il faut déterminer la pertinence de recourir à une cure fermée, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui prend en considération autant le danger que le comportement d'une personne constitue pour elle-même que le danger que ce comportement constitue pour autrui. Ces deux formes de risque sont difficiles à évaluer. C'est pourquoi des outils ont été conçus pour assister les professionnels afin d'évaluer le risque de suicide. Par exemple, Service correctionnel Canada a élaboré l'échelle d'évaluation du risque suicidaire (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS), qui a été validée par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette échelle tient compte de facteurs prédictifs que la recherche scientifique a permis de déterminer : la présence de pensées et d'idées suicidaires, des comportements automutilatoires ainsi que la violence verbale ou physique (Daigle, Labelle et Côté, 2006).

17.2 Les criminels et la santé mentale

Les personnes souffrant de troubles en santé mentale sont vulnérables. En outre, il arrive parfois que certaines d'entre elles commettent des crimes. À cet effet, des lois comportant des mesures pour l'évaluation et le jugement lors des procès impliquant des personnes souffrant de troubles en santé mentale ont été rédigées.

EN RELIEF

L'affaire Turcotte

Guy Turcotte était un cardiologue respecté qui travaillait à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. Père de deux enfants, il vivait de sérieux problèmes de couple jusqu'au jour où, après que sa conjointe l'eut quitté, il surprend des conversations électroniques que son ex-conjointe entretenait avec un nouvel amoureux. Le 20 février 2009, Guy Turcotte perd la maîtrise de lui-même et poignarde 46 fois ses enfants. Ce double infanticide choque la population et le procès qui suit fait scandale : Guy Turcotte a été reconnu non responsable de ses actes au moment des faits à cause d'un trouble mental, en l'occurrence un trouble d'adaptation avec humeur dépressive.

Faisant suite au jugement, Guy Turcotte a été interné à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique fermé traitant les cas violents de troubles mentaux. Après à peine deux ans d'internement, la psychiatre Dominique Bourget affirme devant la Commission d'examen des troubles mentaux que Guy Turcotte était maintenant apte pour une réinsertion sociale. Au grand effroi de son ex-conjointe et de la majorité de la population, la psychiatre a eu gain de cause, et l'ancien cardiologue a été libéré. L'indignation publique a favorisé la mise en branle d'un processus de révision du premier procès*.

* Au terme d'un deuxième procès, Guy Turcotte a finalement été déclaré coupable, le 6 décembre 2015, des meurtres non prémédités de ses deux enfants.

17.2.1 La responsabilité criminelle

Peu de manifestations des troubles mentaux sont plus perturbantes pour la société que les actes criminels commis à cause de ces troubles. Ces crimes contribuent à la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Ils font parfois douter le public de l'équité du système judiciaire à cause du traitement qui est perçu comme trop clément pour ce type de criminels.

Commission d'examen des troubles mentaux

Tribunal spécialisé en psychiatrie légale qui décide de l'aptitude des personnes reconnues non criminellement responsables à subir un procès et du danger qu'elles représentent.

Les lois criminelles canadiennes admettent deux principes pour justifier la non-responsabilité criminelle d'un accusé : celui-ci n'est pas conscient de ses actes au moment du délit et il ne peut distinguer le bien du mal au moment du passage à l'acte. Par exemple, ce type de plaidoyer peut être utilisé dans le cas de déficients mentaux, qui sont alors confiés à des établissements adaptés. L'usage de ce plaidoyer dans le cas de troubles mentaux provoque beaucoup plus de controverses, surtout si le trouble mental invoqué est de courte durée, limité au moment des faits incriminés, comme c'était le cas pour Guy Turcotte. Au Québec, depuis 1992, quand un accusé est reconnu non criminellement responsable pour cause de trouble mental, il est évalué par la **Commission d'examen des troubles mentaux**, qui détermine si la personne représente un risque pour la société. Si la Commission juge que non, la personne est libérée sur-le-champ avec ou sans condition. Dans le cas contraire, la personne est internée dans un établissement psychiatrique. Avant 1970, les détenus québécois qui présentaient des troubles mentaux étaient internés dans une section réservée de l'Établissement de détention de Montréal (prison de Bordeaux). Depuis 1970, ils sont hébergés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un hôpital spécialisé dans la psychiatrie légale qui traite les cas violents de troubles mentaux. De 350 à 400 personnes par année au Québec sont reconnues non criminellement responsables de délits à cause de troubles mentaux. Parmi ces personnes, 85 % sont des hommes, et le trouble mental le plus fréquent est la schizophrénie (Douglas, Institut universitaire en santé mentale, 2011).

Un exemple d'affaire célèbre à cet égard est l'affaire Magnotta, du nom d'un assassin de Montréal qui a envoyé par la poste des restes de sa victime à différentes institutions. Selon les experts de la défense, les psychiatres Marie-Frédérique Allard et Joel Watts, les troubles de la personnalité peuvent entraîner une psychose qui est de nature à empêcher un accusé de comprendre ce qu'il fait. De l'avis de ces experts, au moment des événements qui ont entraîné la mort de Lin Jun, Luka Rocco Magnotta souffrait de schizophrénie. Au jury qui s'était enquis de savoir si les troubles de la personnalité constituaient bel et bien une maladie mentale au sens de la loi, le juge Guy Cournoyer avait répondu par l'affirmative. Restait donc au jury à répondre à la question suivante : « Dans l'éventualité où Luka Rocco Magnotta souffre d'un trouble de la personnalité, est-ce que ce trouble l'a empêché de distinguer le bien du mal au moment des événements ? » De toute évidence, les membres du jury n'ont pas retenu cette explication : ils ont reconnu Luka Rocco Magnotta coupable du meurtre prémédité de l'étudiant Lin Jun, et la justice l'a condamné à la prison à vie.

Des enquêtes d'opinion menées au Canada révèlent une impression générale négative selon laquelle le plaidoyer de non-responsabilité criminelle pour cause d'aliénation mentale sert aux criminels à éviter la juste punition de leurs actes. Pourtant, malgré l'impression que laissent des cas spectaculaires comme celui de Guy Turcotte, la plupart des criminels jugés non responsables restent internés dans des établissements psychiatriques plus longtemps que s'ils avaient été en prison ou en pénitencier (Gélinas, 1994). Davantage que la punition, c'est la réhabilitation sociale que vise le système carcéral. Or, dans le cas de troubles mentaux, on considère que ce sont des soins psychiatriques qui sont indiqués pour permettre la réhabilitation.

17.2.2 La capacité à subir un procès

Les troubles mentaux peuvent également être pris en considération pour déterminer l'aptitude d'un accusé à subir son procès. Alors que la responsabilité criminelle concerne l'état mental au moment des faits incriminés, la capacité à subir un procès porte plutôt sur l'état mental au moment du procès. C'est la Commission d'examen des troubles mentaux qui doit se prononcer sur l'aptitude d'un accusé après une ordonnance d'évaluation émise par un juge. Les évaluations sont généralement réalisées à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Trois critères sont pris en considération : la capacité à comprendre les accusations, la capacité à comprendre les conséquences du procès et la capacité à participer à sa propre défense. Comme pour la non-responsabilité, un avis d'inaptitude peut conduire à un internement en institution psychiatrique, selon le degré de risque de la personne évaluée (Douglas, Institut universitaire en santé mentale, 2011).

Il est possible d'être tenu criminellement responsable d'actes commis dans le passé, mais d'être considéré comme inapte au moment du procès. Ce type de cas est survenu notamment dans des cours européennes lorsque des criminels de guerre ont été trouvés plusieurs décennies après les conflits, alors que leur âge avancé et leur état de santé étaient si détériorés que la pertinence de leur comparution était devenue discutable.

EXERCICE 17.3 | La psychiatrie légale

Vrai ou faux ?

- | | |
|---|---|
| 1. L'inaptitude à subir un procès n'est propre qu'aux schizophrènes. | 3. Le trouble mental le plus fréquemment associé à la non-responsabilité criminelle est la schizophrénie. |
| 2. L'internement psychiatrique a une durée déterminée quand une personne est déclarée non responsable criminellement. | 4. Il existe au Québec un institut spécialisé en psychiatrie légale. |

Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.

17.2.3 Les responsabilités des professionnels de la santé mentale

Dans les cas où la maladie mentale et le crime se croisent, les règles éthiques obligent les psychologues à trouver un équilibre délicat entre le devoir de maintenir le lien de confiance avec le patient et celui de protéger la société.

Un cas particulièrement délicat survient lorsqu'un client confie à un professionnel de la santé mentale son intention de commettre un crime – à plus forte raison s'il s'agit d'un crime violent. Dans les circonstances habituelles, la règle qui prévaut est celle du secret professionnel. Un thérapeute ne peut dévoiler ce que lui confient ses clients, sous peine de commettre une faute professionnelle grave sanctionnée par les codes de déontologie. Cependant, lorsqu'un client rapporte vouloir commettre un crime, il est du devoir du thérapeute de briser le secret professionnel pour prévenir les victimes potentielles et éviter que le

Témoin expert

Personne qui possède des connaissances et une expertise particulières sur un élément d'un crime.

crime soit commis. Les limites reconnues du secret professionnel concernent également les cas où des abus pourraient être perpétrés sur des enfants ainsi que les suicides potentiels.

Des problèmes d'éthique délicats se posent aussi lorsque le travail des professionnels de la santé mentale est requis dans les affaires criminelles, par exemple quand les spécialistes agissent à titre de **témoins experts**. Des témoins experts sont des psychiatres ou des psychologues commis par la cour pour évaluer la capacité d'un accusé à subir un procès, sa responsabilité criminelle au moment des faits ou le degré de danger que peut représenter un individu. La fonction des témoins experts est de renseigner la cour, ce qui leur confère beaucoup d'influence sur les verdicts (Bérubé et Brunet, 1989).

Il arrive que des accusés tentent de feindre la maladie mentale afin de pouvoir atténuer les conséquences de leurs actes. La cour fait alors appel à des témoins experts pour évaluer la simulation ou la véracité des symptômes.

La couronne ou la défense peuvent appeler les témoins experts à se présenter en cour. La perception du public est que l'avis de ces experts est souvent déterminé par la partie qui les engage. Pour convaincre la cour, les témoins experts doivent surmonter cette partialité présumée.

17.3 Les règles éthiques et le traitement des maladies mentales

Les professionnels de la santé mentale doivent respecter des principes éthiques dans leur prestation de services aux personnes souffrant de troubles en santé mentale. Dans le cas des psychologues du Québec, un code de déontologie explicite ces principes et donne au public une garantie. Depuis 2012, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, sanctionnée le 19 juin 2009 (projet de loi 21), présente des dispositions pour encadrer la pratique de la psychothérapie et s'applique à tous les professionnels qui pratiquent la psychothérapie (infirmiers, travailleurs sociaux, psychothérapeutes détenteurs d'un droit acquis de pratique même s'ils ne sont pas psychologues). Une personne qui estime qu'un psychologue a contrevenu au code de déontologie peut porter plainte au Bureau du syndic de l'Ordre des psychologues du Québec puisque le mandat de celui-ci est de protéger le public des actes posés par les psychologues. Les psychiatres sont aussi tenus à des principes déontologiques. Les codes de déontologie permettent l'établissement d'une relation d'aide qui balise les rôles respectifs de l'aidant et du bénéficiaire de manière à respecter la dignité des bénéficiaires. Les deux sections suivantes énoncent les principes qui sont à la base des codes de déontologie.

17.3.1 Éviter les conflits d'intérêts

La relation thérapeutique est différente d'une relation interpersonnelle. Celle-ci est motivée par la sympathie, une inclination mutuelle qui incite chaque personne à participer à la vie de l'autre. La relation fournit donc un cadre pour satisfaire une partie des intérêts de chacun des participants. Dans la relation thérapeutique, ce

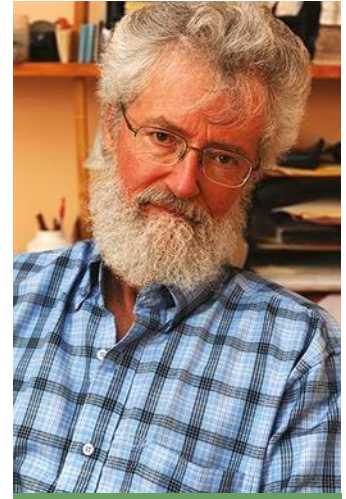
sont plutôt les intérêts de la personne aidée qui priment. L'attitude du professionnel n'est pas motivée par la sympathie, mais par l'empathie : le professionnel comprend les sentiments et les émotions de son client, mais il n'y participe pas. Pour saisir la distinction entre la sympathie et l'empathie, prenons l'exemple d'une personne qui a des envies de vengeance. Le psychologue peut écouter et comprendre cette envie de vengeance de son client; il fait alors preuve d'empathie. Toutefois, il ne partage pas pour autant cette envie ni ne participera à des projets pour la mettre en action, car il s'agirait alors de manifestations de sympathie.

Une conséquence notable du principe d'évitement des conflits d'intérêts est que les professionnels de la santé mentale sont rigoureusement tenus de ne pas s'engager dans des relations intimes avec leurs clients. Les relations sexuelles en particulier sont strictement prohibées dans tous les codes de déontologie, car elles détruisent la distance considérée comme nécessaire à la relation d'aide. De plus, une relation intime entre un thérapeute et son client risque d'être inégale parce que le thérapeute est en position de pouvoir. Une telle relation risque donc de nuire au client. Or, un autre principe énoncé dans les codes de déontologie est que le thérapeute ne doit pas nuire à ses clients.

Le principe d'évitement des conflits d'intérêts est peut-être celui qui est le plus difficile à respecter pour les professionnels de la santé mentale. L'intimité de la relation d'aide entraîne par sa nature même des risques de dérive vers des relations interpersonnelles inappropriées. Une personne traitée par un professionnel peut inspirer à ce dernier de l'amour, de la colère, du dégoût, voire de la haine. Les psychologues sont entraînés à décoder leurs propres émotions et sont encouragés à diriger leurs clients vers des collègues s'ils sentent qu'ils ne peuvent plus maintenir la distance nécessaire. Des plaintes pour abus portant atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui peuvent par exemple aboutir au Bureau du syndic de l'Ordre des psychologues du Québec.

17.3.2 Ne pas nuire au client

Un autre aspect de l'évitement des conflits d'intérêts consiste à reconnaître le déséquilibre de pouvoir qui existe entre un professionnel de la santé mentale et son client. Le thérapeute est en position d'autorité, à plus forte raison si la personne traitée est gardée dans un établissement, qu'elle est privée de sa responsabilité légale ou évaluée dans le contexte d'une affaire criminelle. La reconnaissance de ce déséquilibre de pouvoir sert à protéger les valeurs et les choix des clients, même si ces derniers souffrent de troubles qui les poussent à commettre des actes inadmissibles pour la société.



Le psychiatre et animateur de radio Pierre Mailloux a été temporairement radié de l'Ordre des médecins pour avoir prescrit des doses dangereuses d'antipsychotiques à des clients. Les organismes chargés d'appliquer les codes de déontologie peuvent interdire à des professionnels de la santé mentale de pratiquer, de façon temporaire ou permanente. Parmi les motifs d'exclusion, on compte aussi des cas d'inconduite sexuelle.

EXERCICE 17.4 | Les codes d'éthique

Vrai ou faux ?

- | | |
|--|--|
| 1. Les professionnels de la santé mentale sont toujours soumis à l'obligation de secret professionnel. | s'adresser au Bureau du syndic de l'Ordre des psychologues du Québec. |
| 2. Les psychologues sont tenus d'éviter les relations intimes avec leurs clients. | 4. En psychologie, des recherches scientifiques peuvent être menées sans le consentement des participants. |
| 3. En cas de litige relatif à la déontologie, les clients des psychologues ont la possibilité de | <i>Pour les réponses, voir le Corrigé à la fin du manuel.</i> |

RÉSUMÉ

- Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être improductives, vulnérables et dépendantes de la société. La manière dont elles sont traitées détermine la valeur éthique des services offerts en santé mentale. Les principes éthiques reposent sur des pratiques cliniques et des lois.
- Les principes éthiques et les lois doivent atteindre un équilibre entre les besoins et les droits de l'ensemble des membres de la société et les besoins et les droits des personnes atteintes de troubles mentaux.
- En cas d'incapacité grave causée par des troubles mentaux, l'internement psychiatrique permet de fournir un abri aux personnes atteintes et protège le public si ces dernières représentent un danger.
- L'internement psychiatrique a donné lieu à des pratiques éthiques contestées et à des abus de pouvoir patents: la privation excessive de liberté, la privation des droits civiques, les mauvais traitements, la participation non consentie à des traitements et à des expérimentations, etc.
- Les abus commis dans le passé ont mené à une réforme complète des soins en santé mentale marquée par l'adoption de nouveaux principes éthiques et de lois protégeant les bénéficiaires et par la désinstitutionnalisation massive des personnes atteintes de troubles mentaux.
- La cure fermée en psychiatrie peut être requise si une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Des droits de recours et des réévaluations périodiques de l'état des personnes admises en cure fermée sont prévus par les lois.
- Le trouble mental est un motif admis par les tribunaux pour émettre un jugement de non-responsabilité criminelle. Selon l'évaluation du danger que représentent les personnes concernées, elles sont ou bien internées dans un établissement psychiatrique ou bien libérées avec ou sans condition.
- Le trouble mental est aussi une cause légalement admise d'inaptitude à subir un procès lorsqu'on estime qu'une personne ne comprend pas ce qui est en jeu dans le procès et ses conséquences, et qu'elle ne peut participer à sa propre défense.
- Les professionnels de la santé mentale sont tenus par leurs codes d'éthique professionnelle d'éviter les conflits d'intérêts et de nuire à leurs clients, ainsi que de prévenir les autorités si un client annonce vouloir commettre un crime.

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Action Autonomie: Le collectif pour la défense des droits en santé mentale
www.actionautonomie.qc.ca

Bureau du syndic de l'Ordre des psychologues du Québec
www.ordrepsy.qc.ca/fr/a-propos-de-l-ordre/structure-administrative/bureau-du-syndic.sn

Code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec
www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/obligations/code-le-deontologie.sn

Les Impatients (santé mentale et création artistique)
impatients.ca

RÉPONSES AUX EXERCICES

CHAPITRE 1

Exercice 1.1

1. Faux (Il s'agit plutôt de 1 personne sur 5. Les troubles mentaux touchent près de 20 % de personnes de notre société, si bien qu'elle se situe au 2^e rang des maladies les plus fréquentes, comparativement à 23 % pour les maladies cardiovasculaires et 11 % pour les cancers.)
2. Faux (Personne n'est à l'abri de la maladie mentale. Comme le diabète ou l'asthme, la maladie mentale ne vise pas les gens en fonction de leurs qualités ou de leurs défauts.)
3. Faux (La maladie mentale et la déficience intellectuelle sont deux états complètement différents. La déficience intellectuelle se caractérise par un QI inférieur à la normale, alors que la personne souffrant d'une maladie mentale peut avoir un QI normal comme un QI supérieur ou inférieur à la normale.)
4. Vrai (Les préjugés entourant la maladie mentale font que près des 2/3 des personnes atteintes ne cherchent pas d'aide. 42 % des gens aux prises avec un problème de santé mentale ne l'ont pas dit à leur famille de peur d'être jugés. Certaines personnes n'ont pas conscience de leurs symptômes ou ne les associent pas à un trouble psychologique.)
5. Faux (La maladie mentale touche sans discrimination des individus de toute provenance et condition sociale. Toutefois, elle peut entraver le fonctionnement social et professionnel et ainsi affecter le niveau socioéconomique de l'individu touché. Une personne peut aussi provenir d'un milieu où il y a moins de ressources et d'aide disponibles.)
6. Vrai (Près de 50 % des absences en milieu de travail sont liées à la maladie mentale.)
7. Faux (Les personnes souffrant de maladie mentale risquent davantage d'être les victimes de gestes violents que d'en être les auteurs.)
8. Faux (Les proches d'une personne souffrant de maladie mentale jouent un rôle de premier plan dans le rétablissement de celle-ci.)
9. Faux (Il n'existe à ce jour aucune preuve que les antidépresseurs créent une dépendance. Cependant, à l'introduction comme à l'arrêt d'un antidépresseur, certaines personnes rapportent des effets indésirables tels les tremblements, les maux de tête, la somnolence ou l'agitation.)

Exercice 1.5

1. C (étiologie)
2. B (description)
3. A (traitement)
4. B (étiologie)
5. A (description)
6. C (traitement)
7. A (étiologie)
8. B (traitement)
9. C (description)

Exercice 1.6

1. C 5. A
2. D 6. C
3. A 7. B
4. B 8. D

CHAPITRE 2

Exercice 2.3

1. D
2. E

3. A

4. C

5. E (manque de stimulation et négligence parentale) et F (période critique de la petite enfance)

6. B

7. F

8. A

9. E

10. A

CHAPITRE 3

Exercice 3.1

1. Actualisation personnelle
2. Acceptation sociale
3. Actualisation sociale
4. Humeur positive
5. Cohérence sociale

6. Autodétermination

7. Intégration sociale

Exercice 3.2

1. Rigidité psychologique
2. Flexibilité psychologique
3. Flexibilité psychologique
4. Rigidité psychologique
5. Rigidité psychologique
6. Flexibilité psychologique

Exercice 3.3

1. D 7. C
2. C 8. B
3. A 9. C
4. B 10. D
5. A 11. E
6. E

Exercice 3.4

1. D 3. F
2. E 4. C

10. Vrai (Au Québec, le nombre de suicides reliés à la dépression [environ 950 par année] dépasse le nombre de décès sur les routes [environ 600 par année]. En effet, 80 % des gens qui se sont suicidés souffraient de dépression.)

Exercice 1.2

1. B (la mémoire est reliée aux fonctions cognitives et intellectuelles.)
2. C (les réactions de fuite et d'évitement sont des comportements.)
3. A (la rage est une émotion.)
4. C (le lavage compulsif est une action que l'on répète sans cesse, un comportement exagéré.)
5. B (le raisonnement illogique est relié à un problème intellectuel.)
6. A (le découragement et l'abattement sont des sentiments désagréables et envahissants.)
7. A (Karine ne gère plus ses émotions, elle est envahie par la peur.)
8. C (Karine a de la difficulté à se comporter normalement sur le plan social.)
9. B (Karine a une fausse pensée ou une croyance erronée.)
10. C (Karine présente des manifestations physiques exacerbées.)

Exercice 1.3

1. A comportemental (action de ramassage compulsif) ; D (comportement déviant des normes, inapproprié selon la société)
2. A émotif (sentiment de colère, d'agressivité, de rage) ; B (malaise, souffrance)
3. A comportemental (ne s'occupe pas d'elle-même et passe ses journées devant la télé) et cognitif (problème de concentration et de mémoire) ; C (problème d'hygiène, arrêt des activités sociales et professionnelles)
4. A émotif (peur, panique) ; C social et professionnel (incapacité de sortir de la chambre, d'aller à l'école et de fréquenter ses proches)

Exercice 1.4

1. D (jugement porté d'avance sur la durée et l'issue de la phobie.)
2. E (dérèglement du trouble bipolaire dans le temps.)
3. A (déficit de l'attention évalué et identifié par ses symptômes.)
4. F (trouble de la personnalité provenant d'une interaction de facteurs.)
5. C (traiter la dépendance à l'aide d'une psychothérapie.)
6. B (proportion des personnes touchées par ce trouble dans la population.)

CHAPITRE 4

Exercice 4.1

1. F 5. G
2. B 6. C
3. E 7. D
4. A

CHAPITRE 5

Exercice 5.1

1. D 3. B
2. A 4. C

Exercice 5.2

1. Le trouble dépressif majeur
2. Le trouble bipolaire de type I
3. Dysthymie
4. Hypomanie

Exercice 5.3

1. Vrai 3. Faux
2. Faux 4. Vrai

Exercice 5.4

1. Vrai 3. Vrai
2. Vrai 4. Faux

CHAPITRE 6**Exercice 6.1**

1. E
2. C
3. B

Exercice 6.2

1. B
2. C
3. A
4. D
5. E

CHAPITRE 7**Exercice 7.1**

1. B
2. D
3. A
4. C

Exercice 7.2

1. Vrai
2. Faux
3. Vrai
4. Faux
5. Faux
6. Vrai

CHAPITRE 8**Exercice 8.1**

1. B
2. A
3. C

CHAPITRE 9**Exercice 9.1**

1. Délire de persécution
2. Délire nihiliste
3. Délire de grandeur
4. Délire érotomaniaque
5. Délire de référence

Exercice 9.2

1. Stupeur
2. Échopraxie

3. Négativisme extrême

4. Catalepsie

Exercice 9.3

1. Retrait social
2. Émoussement affectif
3. Apathie ou avolition
4. Anhédonie

CHAPITRE 10**Exercice 10.1**

1. A
2. C
3. B

Exercice 10.2

1. A
2. D
3. B
4. C

Exercice 10.3

1. B
2. C
3. A

CHAPITRE 11**Exercice 11.2**

1. C 6. J
2. E 7. H
3. D 8. I
4. B 9. G
5. A 10. F

Exercice 11.3

1. B 4. C
2. A 5. A
3. C 6. B

Exercice 11.4

1. E
2. A
3. F
4. B
5. D
6. C
7. G

CHAPITRE 12**Exercice 12.1**

1. Faux
2. Vrai
3. Faux
4. Vrai

5. Faux

6. Vrai

Exercice 12.2

1. Vrai
2. Faux
3. Vrai
4. Vrai
5. Vrai

Exercice 12.3

1. B 4. D
2. C 5. E
3. A

Exercice 12.4

1. Insomnie
2. Narcolepsie
3. Boulimie
4. Apnée du sommeil

CHAPITRE 13**Exercice 13.1**

1. A et B
2. D
3. A et B
4. B

Exercice 13.2

1. A 3. D
2. B 4. C

Exercice 13.3

1. Vrai
2. Faux
3. Vrai
4. Vrai

Exercice 13.4

1. Faux 3. Vrai
2. Vrai 4. Vrai

CHAPITRE 14**Exercice 14.1**

1. TDAH mixte
2. TDAH avec prédominance d'inattention
3. TDAH avec hyperactivité et impulsivité

Exercice 14.2

1. Faux
2. Faux
3. Faux
4. Faux

Exercice 14.3

1. Faux
2. Vrai
3. Vrai
4. Faux

Exercice 14.4

1. G 5. E
2. A 6. C
3. D 7. F
4. B

CHAPITRE 15**Exercice 15.1**

1. Faux
2. Vrai
3. Vrai
4. Vrai
5. Faux

Exercice 15.2

1. Faux
2. Vrai
3. Vrai
4. Vrai

Exercice 15.3

1. TNC vasculaire
2. TNC attribuable à une lésion cérébrale traumatique
3. Maladie d'Alzheimer
4. TNC induit par une substance ou un médicament (syndrome de Korsakoff)

Exercice 15.4

1. Spécifique à l'Alzheimer
2. Non spécifique à l'Alzheimer
3. Non spécifique à l'Alzheimer
4. Spécifique à l'Alzheimer
5. Non spécifique à l'Alzheimer

Exercice 15.5

2 ; 3 ; 5

CHAPITRE 16**Exercice 16.2**

1. C 4. I
2. A 5. E
3. B 6. H

7. F 9. G

8. D 10. J

Exercice 16.3

1. G 5. H
2. A 6. B
3. C 7. F
4. E 8. D

CHAPITRE 17**Exercice 17.1**

1. La protection du malade et le maintien de la sécurité publique
2. E
3. Pour prévenir les blessures et empêcher les comportements agressifs
4. Faux

Exercice 17.2

1. Vrai
2. Vrai
3. Vrai
4. Vrai
5. Faux

Exercice 17.3

1. Faux
2. Faux
3. Vrai
4. Vrai

Exercice 17.4

1. Vrai
2. Vrai
3. Vrai
4. Faux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CHAPITRE 1

American Psychiatric Association (APA). (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 613-630.

Barnouw, V. (1985). *Culture and personality* (4^e éd.). Homewood: Dorsey Press.

Besaçon, G. (1993). *Manuel de psychopathologie*. Paris: Dunod.

Breuer, J. et Freud, S. (1895, 1957). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.

Brislin, R. W. (1993). *Understanding culture's influence on behavior*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.

Centre hospitalier Bélair. (2015). *Les médicaments du trouble de l'humeur*. Repéré à http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/anxiolytique.pdf

Centre jeunesse de Montréal. (2000). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans*. Montréal: Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.

Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.

Davidson, G. C. et Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (6^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Draguns, J. G. et Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: Issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 755-776.

Durand, V. M. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie: Une perspective multidimensionnelle* (2^e éd.). Bruxelles: De Boeck.

Ellenberger, H. F. (1995). *Médecines de l'âme, essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*. Paris: Fayard.

Fansi, A. et al. (2014). *Efficacité et coût/efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Repéré à http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2014/fansi_a.pdf

Foucault, Michel. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.

Goldman, R. N., Greenberg, L. S. et Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 537-549.

Grondin, N. (1997, mars). Le retour des électrochocs. *Québec Science*, 17-23.

Hergenhahn, B. R. (2007). *Introduction à l'histoire de la psychologie*. Mont-Royal: Groupe Modulo.

Huffman, K., Vernoy, M. et Vernoy, J. (1995). *Psychologie en direct*. Mont-Royal: Modulo Éditeur.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2008, septembre). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes*

québécois: enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf

Kemp, S. (1990). *Medieval psychology*. New York: Greenwood Press.

Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447-454.

Lecompte, C. et Richard, A. (1999). La psychothérapie humaniste-existentielle d'hier à demain: épilogue. *Revue québécoise de psychologie*, 20, 189-205.

MacGregor, I. et al. (2001). Compensatory conviction in the face of personal uncertainty: Going to extremes and being oneself. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80, 472-488.

MacGregor, M. W. et al. (2003). The use of defenses and physician health care costs: Are physician health care costs lower in persons with more adaptive defense profiles? *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 315-323.

Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking.

Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality* (3^e éd.). New York: Harper & Row.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012a). *Combattre les préjugés: Santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=5

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012b). *Comprendre et prévenir: Santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_prevenir

Office des professions du Québec. (2013, décembre). *Le projet de loi 21. Guide explicatif*, 92-94. Repéré à www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2014, octobre). *Atelier de formation: L'impact du DSM-5 sur l'évaluation des troubles mentaux*. Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009, octobre). *Santé mentale: un état de bien-être*. Repéré à www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html

Pervin, L. A. et John, O. P. (2005). *Personnalité: théorie et recherche*. Montréal: ERPI.

Pollack, C. et Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1500-1502.

Portail santé mieux-être. (2015, avril). *Santé mentale (maladie mentale)*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/#surmontez-les-prejuges>

Public Broadcasting Service (PBS). (2008). *The lobotomist*. Épisode de la télé-série *American experience*. États-Unis: PBS. Repéré à www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/introduction/lobotomist-introduction/

Robins, R. W., Gosling, S. D. et Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 54, 117-128.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Santé Canada. (2002, octobre). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Repéré à www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index.html

Spanos, N. P. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and alternative conceptualization. *Psychological Bulletin*, 85, 417-439.

Szasz, T. (1976). The myth of mental illness. Dans J. Humber et R. Almeder (éd.), *Biomedical ethics and the law. Part II* (p. 113-122). New York: Springer.

Szasz, T. (2011, avril). The myth of mental illness: 50 years later. *The Psychiatrist*, 35, 179-182.

US Department of Health and Human Services (USDHHS). (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.

Vaillant, G. E., Bond, M. et Vaillant, C. D. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.

Westen, D. et Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: 1. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 53-98.

Zilboorg, G. et Henry, G. (1941). *A history of medical psychology*. New York: W. W. Norton.

CHAPITRE 2

Allen, K., Blascovich, J. et Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity in the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-739.

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Andrasik, F. (2000). Biofeedback. Dans D. I. Motofsky et D. H. Barlow (éd.), *The management of stress and anxiety in medical disorders* (p. 66-83). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Andrade, L. et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.

André, C. (2010, septembre-octobre). La méditation de pleine conscience. *Cerveau et psycho*, 18-23.

Azevedo, F. A. et al. (2009, avril). Equal numbers of neuronal and non-neuronal cells make the human brain an isometrically scaled-up primate brain. *The Journal of Comparative Neurology*, 513, 532-541.

Bargh, J. A. et Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.

Beck, A. T., Emery, G. et Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Bee, H. et Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie, psychologie du développement humain* (4^e éd.). Adaptation française F. Gosselin. Montréal: ERPI.

Belzung, C. (2007). *Biologie des émotions*. Paris: De Boeck.

Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York: Times Books.

Berkman, L. F. et Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186.

Bernstein, D. A., Borkovec, T. D. et Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Westport: Praeger.

- Blaney, P. H. et Millon, T. (éd.). (2009). *Oxford textbook of psychopathology* (2^e éd.). New York: Oxford University Press.
- Bloom, F. E., Nelson, C. A. et Lazerson, A. (2001). *Brain, mind and behavior* (3^e éd.). New York: Worth.
- Bracha, S. H. (2004, septembre-octobre). Does "fight or flight" need updating? *Psychosomatics*, 45, 5.
- Campanella, S. et Streeb, E. (2008). *Psychopathologie et neurosciences: questions actuelles de neurosciences cognitives et affectives*. Bruxelles: De Boeck.
- Carlson, L. E. et Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress, and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 278-285.
- Caspi, A. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 3010, 386-389.
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clifford, E. (2000). Natural plasticity: Merzenich, Taub, and Greenough. *Harvard Brain*, 6, 16-20.
- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre: la psychologie du bonheur*. Paris: Robert Laffont.
- Damasio, H. et al. (1994). The return of Phineas Gage: The skull of a famous patient yields clues about the brain. *Science*, 264, 1102-1105.
- Desrosiers, P. (2011). *Survivre à la réussite*. Québec: Les Éditions La vie agricole, 128-130. Repéré à www.pierrettedesrosiers.com/wp-content/uploads/2014/10/QUEST_croyances_irrationnelles_Recueil_AnnDVD_web.pdf
- Dumas, J. E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: DeBoeck.
- Durand, V., Barlow, M. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle* (2^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Edelman G. M. et Tononi, G. (2000). *Comment la matière devient conscience*. Paris: Odile Jacob.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychology Review*, 99, 550-553.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy, revised and updated*. Secaucus: Carol Publishing Group.
- Ellis, A. (2011). *Dominez votre anxiété avant qu'elle ne vous domine*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Finney, M. L., Stoney, C. M. et Engebretson, T. O. (2002). Hostility and anger expression in African American and European American men is associated with cardiovascular and lipid reactivity. *Psychophysiology*, 39, 340-349.
- Galambos, N. L. et Leadbeater, B. J. (2002). Transitions in adolescent research. Dans W. W. Hartup et R. K. Silbereisen (éd.), *Growing points in developmental science: An introduction* (p. 287-306). Philadelphie: Psychology Press.
- Gershon, E. S. et al. (2001). It's time to search for susceptibility genes for major mental illness. *Science*, 294, 5.
- Goldapple, K. et al. (2004). Modulation of corticallimbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origin of madness*. New York: W. H. Freeman.
- Gottlieb, G. (1998). Normally occurring environmental and behavioral influences on gene activity: From central dogma to probabilistic epigenesis. *Psychological Review*, 105, 492-802.
- Graf, P., Squire, L. R. et Mandler, G. (1984). The information that amnesic patients do not forget. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 10, 164-178.
- Grant, I., Patterson, T. L. et Yager, J. (1988). Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1254-1258.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. Dans L. A. Pervin et O. P. John (éd.), *Handbook of personality: Theory and research* (2^e éd., p. 525-552). New York: Guilford Press.
- Grunberg, F. et al. (1999). Psychiatrie bio-psychosociale. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (éd.), *Psychiatrie clinique: une approche bio-psychosociale* (tome 1, p. 2-19). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Guéguen, N. (2010, septembre-octobre). Au bonheur d'en rire. *Cerveau et psycho*, 41, 18-23.
- Hansell, J. et Damour, L. (2005). *Abnormal Psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Hasin, D. S., et al. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
- House, J. S., Landis, K. R. et Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- House, J. S., Robbins, C. et Metzner, H. M. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Où tu vas, tu es*. Paris: J'ai lu.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. et Jessell, T. M. (2000). *Principles of neural science* (4^e éd.). New York: McGraw-Hill.
- Kendler, K. S. (2001). Twin studies of psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1005-1013.
- Khaw, K. T. et al. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 63, 376-377.
- Kolb, B., Gibb, R. et Robinson, T. E. (2003). Brain plasticity and behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 1-5.
- Labelle, L. E., Campbell, T. S. et Carlson, L. E. (2010). Mindfulness-based stress reduction in oncology: Evaluating mindfulness and rumination as mediators of change in depressive symptoms. *Mindfulness*, 1, 28-40.
- Ladd, C. O. et al. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. Dans E. A. Mayer et C. B. Saper (éd.), *The biological basis for mind-body interactions* (p. 81-103). Londres: Elsevier, coll. «Progress in Brain Research», n° 122.
- Larouche, M. (2009). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. *Psychologie Québec*. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Novembre2009_Dossier_04_Larouche.pdf
- Le cerveau à tous les niveaux!* Site Web repéré à <http://lecerveau.mcgill.ca>
- Ledoux, J. E. (2003). The self: Clues from the brain. Dans J. E. Ledoux, J. Debiec et H. Moss (éd.), *The self: From soul to brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences* (p. 1001). New York: New York Academy of Sciences.
- Leserman, J. et al. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1221-1228.
- Lewis, G. et al. (1992). Schizophrenia and city life. *The Lancet*, 340, 137-140.
- Lupski, J. R. (2007). Structural variation in the human genome. *New England Journal of Medicine*, 356, 1169-1171.
- Matlin, M. W. (2001). *La cognition: une introduction à la psychologie cognitive*. Bruxelles: De Boeck.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2014, octobre). Atelier de formation: *L'impact du DSM-5 sur l'évaluation des troubles mentaux*. Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Owens, M. J. et al. (1997). Molecular and neurobiological mechanisms in the treatment of psychiatric disorders. Dans A. Tasman, J. Kay et J. A. Lieberman (éd.), *Psychiatry* (p. 210-257). Philadelphie: WB Saunders.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. et Feldman, R. D. (2010). *Psychologie du développement de l'enfant* (7^e éd.). Adaptation dirigée par A. Bève. Saint-Laurent: Chenelière McGraw-Hill.
- Paquette, V. et al. (2003). Change the mind and you change the brain: Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, 18, 401-409.
- Plomin, R. et al. (1997). *Behavioral genetics: A primer* (3^e éd.). New York: Freeman.
- Psycom. *Médicaments*. Repéré à www.psycom.org/Medicaments
- Rahe, Q. H. et Holmes, T.-H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. Repéré à https://vieu-etudiante.uqam.ca/upload/.../echelle_evaluation_stress_an.doc
- Renner, M. J. et Mackin, S. (1998). A life stress instrument for classroom use. *Teaching of Psychology*, 25, 46-48.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Richters, J. E. (1993). Community violence and children's development: Toward a research agenda for the 1990's. *Psychiatry*, 56, 3-6.
- Ruckert, J. (1994). *L'animal thérapeute*. Chambray-le-Tours, France: Éditions Le Roseau.
- Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture and developmental influences: The challenge ahead for mental health. *Archives of General Psychiatry*, 59, 996-1000.
- Saylor, K. (1998, juin). Pet visitation program. *Journal of Gerontological Nursing*, 36-38.
- Schoenbach, V. J. et al. (1986). Social ties and mortality in Evans county, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577.
- Selye, H. (1975). *Le stress de la vie*. Paris: Gallimard.
- Shapiro, S. L., et Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: APA.
- Shiah, I. et Yatham, L. N. (2000). Serotonin in mania and in the mechanism of action of mood stabilizers: A review of clinical studies. *Bipolar Disorders*, 2, 77-92.
- Snyder, S. H. (1981). Opiate and benzodiazepine receptors. *Psychosomatics*, 22, 986-989.
- Snyder, S. H. (2002). Forty years of neurotransmitters: A personal account. *Archives of General Psychiatry*, 59, 983-994.
- Stip, E. et Godefroid, J. (1993). *Psychologie et santé mentale*. Laval: Études vivantes.
- Suarez, E. C., Lewis, J. G. et Kuhn, C. (2002). The relation of aggression, hostility, and anger to lipopolysaccharide-stimulated tumor necrosis factor (TNF)-alpha by blood monocytes from normal men. *Behavior and Immunity*, 16, 675-684.

- Teachman, B. A. et Woody, S. R. (2004). Staying tuned to research on implicit cognition: Relevance for clinical practice with anxiety disorders. *Cognitive and behavioral practice*, 11, 149-159.
- Tienari, P. et al. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry*, 23, 20-26.
- Turkheimer, E. (1998). Heritability and biological explanation. *Psychological Review*, 105, 782-791.
- Volkow, N. D. (2006). Map of human genome opens new opportunities for drug abuse research. *NIDA Notes*, 20, 3.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66, 579-592.
- Williams, R. et Herrup, K. (2001). The control of neuron number. *The Annual Review of Neuroscience*, 11, 423-453. Repéré à www.nervenet.org/papers/NUMBER_REV_1988.html
- ### CHAPITRE 3
- American Psychological Association (APA). (2014). *2014 Work and Well-Being Survey*. Repéré à www.apaexcellence.org
- Asplund, J. et al. (2007). *The Clifton Strengths Finder 2.0 Technical Report: Development and validation*. Washington, DC: Gallup Press.
- Azar, B. (2011). Positive psychology advances, with growing pains. *Monitor on Psychology*, 42(4), 32-36.
- Barnard, L. et Curry, J. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303.
- Bazinet, J. (2015). *Éduquer les enfants avec la psychologie positive*. Chêne-Bourg, Suisse: Jouvence.
- Binnewies, C., Sonnentag, S. et Mojza, E. J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: A week-level study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2), 419-441.
- Bond, F. W. et al. (2011). *Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance*. Traduction de Psychomédia.
- Boniwell, I. (2011). L'éducation positive: apporter le bien-être aux enfants et aux jeunes. Dans C. Martin-Krumm, C. Tarquinio et M.-J. Shaar (éd.), *Psychologie positive en environnement professionnel* (p. 539-556). Bruxelles: De Boeck.
- Boniwell, I. (2012). *Introduction à la psychologie positive: science de l'expérience optimale*. Paris: Payot.
- Bordeleau, M., Traoré, I. (2007). Santé générale, santé mentale et stress au Québec: regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu. *Zoom Santé: Santé et bien-être*, 1-4. Repéré à www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671_zoom_sante_juin07_stress.pdf
- Brassai, L., Piko, B. F. et Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20, 473-482.
- Buchanan, K. E. et Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 150, 235-237.
- Caron, N. (2013). *Programme de traitement centré sur la compassion pour soi pour intervenir sur la honte et sur la culpabilité*. Essai de 3^e cycle inédit comme exigence partielle du doctorat en psychologie, UQTR.
- Ciarrochi, J. V., Hayes, L. et Bailey, A. (2014). *Deviens maître de ta vie*. Montréal: La boîte à livres.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2003). *Lésions professionnelles liées aux problèmes de santé psychologique*. Québec: CSST, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information.
- Conway, A. M. et al. (2011). La théorie étendre-et-développer des émotions positives: forme, fonction et mécanismes. Dans C. Martin-Krumm (éd.), *Traité de psychologie positive* (p. 368-382). Bruxelles: DeBoeck.
- Cornelier, L. (2015, 4 avril). Maudit bonheur! *Le Devoir*. Repéré à www.ledevoir.com/culture/livres/436276/maudit-bonheur
- Cropanzano, R. et Wright, T. A. (1999). A 5-year study of change in the relationship between well-being and job performance. *Consulting Psychology Journal: Practice & Research*, 51(4), 252-265.
- David, S. A., Boniwell, I. et Conley Ayers, A. (2013). Conclusion: The future of happiness. Dans S. David, I. Boniwell et A. Conley Ayers (éd.), *Oxford handbook of happiness* (p. 1067-1070). Oxford: Oxford University Press.
- De Bloom, J. et al. (2014). Vacation from work: A "ticket to creativity"? The effects of recreational travel on cognitive flexibility and originality. *Tourism Management*, 44, 164-171.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Psychologie canadienne*, 49(1), 24-34.
- Delle Fave, A. (2011). Psychologie positive. Un parcours difficile entre idéal et réalité. Dans C. Martin-Krumm (éd.), *Traité de psychologie positive*. Paris: Dunod.
- Delle Fave, A. (2013). Past, present and future of flow. Dans S. David, I. Boniwell et A. Conley Ayers (éd.), *Oxford handbook of happiness* (p. 60-72). Oxford: Oxford University Press.
- Derks, D. et Bakker, A. (2012). Smartphone use, work-home interference, and burnout: A diary study on the role of recovery. *Applied Psychology: An International Review*, 63(3), 411-440.
- Dionne, F., Ngo, T. L. et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique: une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38, 111-130.
- Dubreuil, P., Forest, J. et Courcy, F. (2012). Nos forces et celles des autres: Comment en optimiser l'usage au travail? *Gestion: revue internationale de gestion*, 37, 63-73.
- Dubreuil, P., Forest, J. et Courcy, F. (2013). Miser sur les forces au travail: une approche gagnante. Dans C. Martin-Krumm, C. Tarquinio et M.-J. Shaar (éd.), *Psychologie positive en environnement professionnel* (p. 131-147). Bruxelles: De Boeck.
- Ehrenreich, B. (2010) *Smile or die: How Positive thinking fooled America and the world*. Londres: Granta Books.
- Élie-Morin, M.-C. (2015). *La dictature du bonheur*. Montréal: VLB éditeur.
- Fisher, S. M. (2015). *Mindfulness without meditation: Creating mindful habits that actually stick*. Seattle: Amazon Digital Services LLC, Kindle.
- Fledderus, M. et al. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100, 2372-2378.
- Forest, J. et al. (2011). Miser sur les forces des employés pour améliorer le fonctionnement au travail. *Effectif*, 14, 22-25.
- Forgeard, M. J. C. et al. (2011). Doing the right thing: Measuring well-being for public policy. *International Journal of Wellbeing*, 1, 79-106.
- Fox, K. C. R. et al. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43C, 48-73. Repéré à <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? Review of General Psychology. *Special Issue: New Directions in Research on Emotion*, 2(3), 300-319.
- Frederickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-232.
- Fritz, C. et Sonnentag, S. (2005). Recovery, health, and job performance: Effects of weekend experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3), 187-199.
- Gander, F. et al. (2012). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being. *Journal of Happiness Studies*.
- Gilmour, H. (2014). Santé mentale positive et maladie mentale. Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, 25 (82-003-X).
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Frichione, G. L. et Hunink, M. G. M. (2015, 16 avril). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLOS One*, 10.
- Grégoire, S., Baron, C. et Montani, F. (2014). La présence attentive en milieu de travail: recherche et intervention. *Revue québécoise de psychologie*, 35, 117-134.
- Gu, J. et al. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*. Repéré à <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Harris, R. (2009a). *Le piège du bonheur: Créez la vie que vous voulez*. Montréal: Éditions de L'Homme.
- Harris, R. (2009b). Mindfulness without meditation. *Healthcare Counselling and Psychology Journal*, 21-24.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT: Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles: DeBoeck.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L. et Keyes, C. L. M. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup's studies. Dans C. L. M. Keyes et J. Haidt (dir.), *Flourishing positive psychology and the life well-lived* (p. 205-224). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C. et al. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hone, L. C. et al. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of well-being. *International Journal of Wellbeing*, 4, 62-90.
- Huta, V. (2013). Eudaimonia. Dans S. David, I. Boniwell et A. C. Ayers (éd.), *Oxford handbook of happiness* (p. 201-2013). Oxford: Oxford University Press.
- Huta, V. (2015). The complementary roles of eudaimonia and hedonia and how they can be pursued in practice. Dans S. Joseph (éd.), *Positive psychology in practice* (2^e éd., p. 159-182). Hoboken, NJ: Wiley.
- Huta, V. et Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735-762.
- Huta, V. et Waterman A. S. (2013). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1425-1456.
- Ie, A., Ngounou, C. T. et Langer, E. J. (éd.). (2014). *The Wiley-Blackwell handbook of mindfulness*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens: explorer la santé mentale positive*. Ottawa: ICIS.

- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Joubert, N. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens: explorer la santé mentale positive. Article complémentaire sur le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Judge, T. A. et al. (2001). The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127(3), 376-407.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kashdan, T. B. et Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kern, M. L. et al. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 262-271.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). Une conception élargie de la santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 145-163.
- Keyes, C. L. M. (2005c). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Professional Issues: Research Findings Invited Paper*, 30(1), 88-104.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M. (éd.) (2013a). *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*. New York: Springer.
- Keyes, C. L. M. (2013b). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. Dans C. Keyes (éd.), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (p. 3-28). New York: Springer.
- Keyes, C. L. M. (2013c). Promotion and protection of positive mental health: Towards complete mental health in human development. Dans S. David, I. Boniwell et A. Conley Ayers (éd.), *Oxford handbook of happiness*. Oxford: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S. et Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Keyes, C. L. M. et Michalec, B. (2009). Viewing mental health from the complete state paradigm. Dans T. L. Scheid et T. N. Brown (éd.), *A handbook for the study of mental health* (2^e éd., p. 125-134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. M. et Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: positive mental health and all cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172.
- Lamont, N., Dawson, D. et Roach, G. D. (2006). Do short international layovers allow sufficient opportunity for pilots to recover? *Chronobiology International*, 23(6), 1285-1294.
- Lecomte, J. (2012). *La bonté humaine. Altruisme, empathie, générosité*. Paris: Odile Jacob.
- Lee, K., Allen, J. (2002). Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 131-142.
- Linley, A. (2009). *Realise2 Technical Manual*. Realise2 Press.
- Lovett, N. et Lovett, T. (2016). Wellbeing in education: staff matter. *International Journal of Social Science and Humanity*, 6, 107-112.
- Lyubomirsky, S. (2014). *Qu'est-ce qui nous rend vraiment heureux? Les dernières découvertes surprenantes de la science*. Paris: Les Arènes.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. et Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Martin-Krumm, C. et Boniwell, I. (2015). *Pour des ados motivés: les apports de la psychologie positive*. Paris: Odile Jacob.
- Masuda, A. et al. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2764-2772.
- Monestès, J.-L. et al. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-11). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308.
- Miglianico, M. (2014). *Altruisme et bien-être: Étude comparative de l'effet des gestes hédonistes et des gestes de générosité sur l'état affectif du jeune adulte*. Mémoire de recherche en vue de l'obtention du diplôme de psychologue. Paris: Université catholique de Paris.
- Neff, K. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. (2012). The science of self-compassion. Dans C. Germer et R. Siegel (éd.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (p. 79-92). New York: Guilford Press.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *La santé mentale: renforcer notre action*. Aide-mémoire n° 220. Repéré à: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/
- Peterson, C. et Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York/Washington, DC: Oxford University Press/American Psychological Association.
- Piat, M. et al. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199-207.
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B. et Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80. Repéré à <http://doi.org/10.1159/000190790>
- Provencher, H. et Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86, 579-589.
- Provencher, H. et Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: A complete mental health perspective. Dans C. L. M. Keyes (éd.), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (p. 277-298). New York: Springer.
- Sarrazin, P. et al. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie: Les apports de la théorie de l'autodétermination. Dans C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éd.), *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.
- Schutte, N. S. et Malouff, J. M. (2014). A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 45-48. Repéré à <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.017>
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's Address (1998 APA Annual Report). *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2011). Échouer et s'épanouir. Dans C. Martin-Krumm, C. Tarquinio et M.-J. Shaar (éd.), *Psychologie positive en environnement professionnel* (p. 166-199). Bruxelles: De Boeck.
- Seligman, M. E. P. et al. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sonnentag, S. et Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204-221.
- Southwick, S. M. et Charney, D. S. (2014). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Steger, M. F. et al. (2006). The Meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Steger, M. F. et Samman, E. (2012). Assessing meaning in life on an international scale. *International Journal of Wellbeing*, 2, 182-195.
- Steger, M. F. et al. (2013). Using the science of meaning to invigorate values-congruent, purpose-driven action. Dans T. B. Kashdan et J. Ciarrochi (éd.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (p. 240-266). Oakland: New Harbinger Publications.
- Steger, M. F. et al. (2015). Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health variables among American undergraduates. *Journal of Happiness Studies*, 16, 583-597.
- Vigneault, L. (2013). Les allers-retours d'un batant. Dans M.-L. Quintal et al. (éd.), *Je suis une personne, pas une maladie! La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être*. Montréal: Éditions Performances.
- Watson Wyatt (2005). *Au travail! Vers une organisation en santé*, Watson Wyatt.
- Westerhof, G. J. et Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Wood, A. M. et al. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50, 15-19.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. et Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-20.

CHAPITRE 4

American Psychiatric Association (APA). (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e éd.)*. Paris: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.)*. Paris: Elsevier-Masson.

Association des sexologues du Québec. (2013). *Ordre professionnel des sexologues du Québec*. Repéré à <http://associationdessexologues.com/ordre-professionnel-sexologues-quebec>

- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, CA: Psychological Corporation.
- Commission de la santé mentale au Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être*. Repéré à www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE.pdf
- Corcos, M. (2015). *Qui a peur de la maladie mentale? 10 bonnes raisons de se méfier du DSM-5*. Paris: Dunod.
- Cruz, M. C. et Pincus, H. A. (2002). Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment. *Psychiatric Services*, 53, 1253-1265. Repéré à <http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.53.10.1253>
- Cyrułnik, B. (2011a). *On est loin d'une démarche scientifique*. Filmé par Booksmag, *Dailymotion*, 5 min 1 s. Repéré à www.dailymotion.com/video/xgrfc8_boris-cyrułnik-on-est-loin-d-une-demarche-scientifique-news
- Cyrułnik, B. (2011b). *De fausses maladies sont inventées*. Filmé par Wakeup, *Dailymotion*, 5 min 5 s. Repéré à www.dailymotion.com/video/xiqz1l_boris-cyrułnik-defausses-maladies-sont-inventees_news
- Desjardins, P. (2008, septembre). Tests et données probantes, un état de situation. *Psychologie Québec*, 25. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Sep-tembre2008_Tests_et_donnees_probantes_un_etat_de_situation.pdf
- Durand, M. V. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie: Une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Epperson, C. N. et al. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169, 465-475. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11081302>
- Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5* (éd. rév.). New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1953, 2007). De la psychanalyse «sauvage» (1910). Dans *La technique psychanalytique* (p. 39-47). Paris: Presses universitaires de France.
- Gagnon, K. et Meunier, H. (2008). *Au pays des rêves brisés*. Montréal: Éditions La Presse.
- Gardner, H. (1997). *Les formes de l'intelligence*. Paris: Odile Jacob.
- Gardner, H. (2001). *Les formes de la créativité. Einstein, Picasso, Gandhi*. Paris: Odile Jacob.
- Gardner, H. (2008). *Les intelligences multiples: la théorie qui bouleverse nos idées reçues*. Paris: Retz.
- Gelso, C. J., Palma, B. et Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1160-1171. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22043/full>
- Goleman, D. (1999). *L'intelligence émotionnelle 2: cultiver ses émotions pour s'épanouir dans son travail*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Goleman, D. (2009). *Cultiver l'intelligence relationnelle*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Home Box Office. (2008-2010). *In Treatment*. Adapté de BeTipul, créé par Hagai Levi, Saisons 1, 2 et 3. États-Unis: HBO.
- Lecomte, C. et al. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 73-102. Repéré à <http://intersubjectivite.com/drupal/files/Lecomte,%20Savard,%20Drouin%20et%20Guillon%20-%20Qui%20sont%20les%20psychothérapeutes%20efficaces%20-%20Implications%20pour%20la%20formation%20en%20psychologie.pdf>
- Lorquet, É. (2009, janvier). Les psychologues peuvent poser un diagnostic psychologique. *Psychologie Québec*, 26. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Janvier2009_Chronique_juridique_Diagnostic_psychologique.pdf
- Lussier, A. (1994). L'idéal thérapeutique et le thérapeute idéal. *Revue québécoise de psychologie*, 15, 7-26.
- McCarron, R. M. (2013). The DSM-5 and the art of medicine: Certainly uncertain. *Annals of Internal Medicine*, 159, 360-361. Repéré à www.unboundmedicine.com/medline/citation/23877282/The_DSM_5_and_the_art_of_medicine:_certainly_uncertain_
- Office des professions du Québec. (2013). *Le projet de loi 21, guide explicatif*. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/12013_12_Guide_explicatif_Projet_de_loi_21.pdf
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2011, septembre). Le secret professionnel et le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. *Fiche déontologique*, 2. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/1Fiche_Deonto_Sept01.pdf
- Poulin C. et Lévesque, M. (1995). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 20, 119-136.
- Poupart, J. et al. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Rosenhan, D. L. (1973, janvier). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rosenhan, D. L. (1975). The contextual nature of psychiatric diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 462-474.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. (2004). The Psychiatric protection order for the "battered mental patient". *British Medical Journal*, 327, 1449-1451.
- Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37. Repéré à <http://socpro.oxfordjournals.org/content/37/3/294>
- St-Onge, J.-C. (2013). *Tous fous?* Montréal: Écosociété.
- Watzlawick, P. (2011). Self-fulfilling prophecies. Dans J. O'Brien (éd.), *The production of reality: Essays and readings on social interaction* (5^e éd.). Los Angeles: Sage.

CHAPITRE 5

- Ali, J. (2002). *La santé mentale des immigrants*. Ottawa: Statistique Canada.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- Angst, J. et Sellaro, R. (2000). Historical perspective and natural history of bipolar disorders. *Biological Psychiatry*, 48(6), 445-457.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beaucage, B. et al. (2009). La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 77-100.
- Bibeau, G. (2012). Au nom de l'humain: penser le suicide dans ses sources profondes. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 257-273.
- Blackburn, I. M. et Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in outpatients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.

- Blatt, S., D'Affliti, J. P. et Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Boland, R. J. et Kessler, M. B. (2009). Course and outcome of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 32-44). New York: Guilford Press.
- Bougerol, T. (1995). Évolution et pronostic du trouble bipolaire. Dans T. Lemperrière (éd.), *Les troubles bipolaires* (p. 59-75). Paris: Acanthe.
- Briffault, X. (2010). *La fabrique de la dépression*. Paris: Armand Colin.
- Brinker, J. K. et al. (2006). The importance of importance: Self descriptors in dysphoria. *Journal of Individual Differences*, 27, 193-198.
- Brown, G. W. (1989). Depression. Dans G. W. Brown et T. O. Harris (éd.), *Life events and illness* (p. 49-93). New York: Guilford Press.
- Bruce, M. L. et Kim, K. M. (1992). Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 914-917.
- Camus, V. (2010). États dépressifs au cours du vieillissement. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 35-48). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Catry, C. et Marcelli, D. (2010). Dépression de l'adolescent. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 49-59). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Colman, I. et al. (2011). Predictors of Long-Term Prognosis of Depression. *Canadian Medical Association Journal*, 183(17), 1969-1976.
- Delavest, M. et Even, C. (2010). Dépressions saisonnières. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 197-201). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Delion, P. et Apter, G. (2010). Dépression du bébé. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 69-74). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Egler, P.-J. et Baleyte, J.-M. (2010). Dépression de l'enfant. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 60-68). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Endler, N. S. (1990). *Holiday of darkness*. Toronto: Wall and Emerson.
- Gérard, A. (2010). *Dépression, la maladie du siècle*. Paris: Albin Michel.
- Gillies, L. A. (2001). Interpersonal psychotherapy for depression and other disorders. Dans D. H. Barlow (éd.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3^e éd., p. 309-331). New York: Guilford Press.
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 275-297). New York: Guilford Press.
- Heyman, G. D., Dweck, K. S. et Cain, S. N. (1992). Young children's vulnerability to self-blame and helplessness: Relationship to beliefs about goodness. *Child Development*, 63, 401-404.
- Hollon, S. D. et Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 586-603). New York: Guilford Press.
- Howland, R. H. (2008). Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D). Part 2: Study outcomes. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(10), 21-24.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/sante_mentale_synthese.pdf et www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiq/2010/juin/juin1010b.htm

- Isacsson, G. et al. (2002). Traiter la dépression: une stratégie efficace de prévention du suicide? Données récentes d'études scandinaves. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 235-259.
- Iskandar, H. (2012). Encore un dépressif. Comment traiter sans déprimer? *Le médecin du Québec*, 47(9), 47-52.
- Johnson, S. L., Cuellar, A. K. et Miller, C. (2009). Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology, biological vulnerability, and psychosocial predictors. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 142-162). New York: Guilford Press.
- Jormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 298-321). New York: Guilford Press.
- Kendler, K. S. et al. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-204.
- Kessler, R. C. et Wang, R. C. (2009). Epidemiology of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 5-22). New York: Guilford Press.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M. et Tait, C. L. (2001). The mental health of Aboriginal peoples. Dans *Proceedings of the Advanced Study Institute McGill Summer Program in Social and Cultural Psychiatry and the Aboriginal Mental Health Research Team* (p. 5-25). Montréal: Division of Social & Transcultural Psychiatry, McGill University.
- Kleifaras, G. (2004). *La dépression: approche cognitive et comportementale*. Paris: L'Harmattan.
- Lacombe, M., Dubé, S. et De Montigny, F. (2009). La dépression postnatale... souffrir en silence. *L'infirmière clinicienne*, 6(2). Repéré à http://revueinf.uqar.qc.ca/Parutions/documents/InfirmiereClinicienne_vol6no2pp16-19_000.pdf
- Lamarre, S. (2014). *Le suicide, l'affaire de tous*. Montréal: Seuil.
- Levinson, D. F. (2009). Genetics of major depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 165-186). New York: Guilford Press.
- Monroe, S. C. (2010). Recurrence in major depression: Assessing risk indicators in the context of risk estimates. Dans C. S. Richards et M. G. Perri (éd.), *Relapse prevention for depression* (p. 27-49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Monroe, S. C., Slavich, G. M. et Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 340-360). New York: Guilford Press.
- Ogrodniczuk, J. S. et Oliffe, J. L. (2011). Les hommes et la dépression. *Canadian Family Physician*, 57(2), 39-41.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015, octobre). *La dépression. Aide-mémoire 369*. Repéré à www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/
- Pelissolo, I. (2010). Anxiodépression. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 111-116). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Poirot, I. (2010). Dépression et sommeil. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 106-110). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Réseau canadien pour la santé des femmes. (2012). Repéré à www.cwhn.ca/node/39614
- Robbins, P. R. (2009). *Understanding depression* (2^e éd.). Jefferson, NC: McFarland.
- Rosenthal, N. E. (1998). *Winter Blues. Seasonal Affective Disorder*. New York: Guilford Press.
- Rouillon, F. (2010). Épidémiologie de la dépression. Dans M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs* (p. 152-156). Paris: Lavoisier, coll. «Médecine Science».
- Santor, D. A. et Kusumakar, V. (2001). Open trial of interpersonal therapy in adolescents with moderate to severe depression: Effectiveness of novice IPT therapists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 236-240.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Soucy-Chartier, I., Blanchet, V. et Provencher, M. D. (2013). Activation comportementale et dépression: une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 175-194.
- Spinelli, M. G. (1998). Antepartum and postpartum depression. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, 1(2), 33-36.
- Statistique Canada. (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Repéré à www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090625/dq090625b-fra.htm
- Thase, M. E. (2009). Neurobiological aspects of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (éd.), *Handbook of depression* (p. 187-207). New York: Guilford Press.
- Twomey, T. M. (2009). *Understanding postpartum psychosis: A temporary madness*. Westport, CT: Greenwood.
- Waltz, M. (1999). *Bipolar disorder*. Sebastopol, CA: O'Reilly and Associates.
- Willaume, L. (2011). *Trouble dysphorique préménstruel: Actualités thérapeutiques et réglementaires*. Lille: Université de Lille.
- Worchel, D. et Gearing, R. E. (2010). *Suicide assessment and treatment: Empirical and evidence-based practices*. New York: Springer.

CHAPITRE 6

- Ahmed, M., Westra, H. A. et Stewart, S. H. (2008). A self-help handout for benzodiazepine discontinuation using cognitive behavioural therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 317-324.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. et Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. Dans E. J. Mash et R. A. Barkley (éd.), *Child psychopathology* (p. 196-241). New York: Guilford Press.
- Alberti, R. E. et Emmons, M. L. (1992). *S'affirmer, savoir prendre sa place*. Montréal: Le Jour.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- André, C. et Légeron, P. (2003). *La peur des autres: trac, timidité et phobie sociale*. Paris: Odile Jacob.
- Anthony, M. M. et Barlow, D. H. (2002). Specific phobias. Dans D. H. Barlow (éd.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd., p. 380-417). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. et Stewart, S. H. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach* (2^e éd.). Toronto: Nelson Education.
- Barlow, D. H., et al. (2000, 17 mai). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(19), 2529-2536.

- Boisvert, J.-M. et Beaudry, M. (1991). *S'affirmer et communiquer*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Botella, C. et al. (2004). The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 73-90.
- Chapman, T. F. (1997). The epidemiology of fears and phobias. Dans G. C. Davey (éd.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (p. 415-434). Hoboken, NJ: Wiley.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. Dans K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk et D. M. Clark (éd.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (p. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Cox, B. J. et al. (1990). Substance abuse and panic-related anxiety: A critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 385-393.
- Craske, M. O. et Barlow, D. H. (1989). Nocturnal panic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 160-167.
- Curat, T. et Despland, J.-N. (2004). Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 81-92. Repéré à www.erudit.org/revue/smq/2004/v29/n1/008822ar.html
- Da Costa, R. T., Sardinha, A. et Nardi, A. E. (2008). Virtual reality exposure in the treatment of fear of flying. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 79(9), 899-903.
- D'Ansembourg, T. (2001). *Cessez d'être gentil, soyez vrai*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Dugas, M. J. (2004). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée: manuel du thérapeute*. Montréal: Université Concordia/Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Dugas, M. J. et al. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 216-226.
- Durand, V. M. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*. Paris: De Boeck.
- Durand, V. M., Barlow, D. H. et Stewart, S. H. (2008). *Essentials of abnormal psychology* (1^{re} éd. canadienne). Toronto: Nelson Education.
- Emmelkamp, P. M. et al. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behavior Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Gabor, D. (2007). *Comment se faire des amis grâce à la conversation*. Brossard: Éditions Un monde différent.
- Garcia-Palacios, A. et al. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behavior Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Heimberg, R. G. et al. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Johnson, J., Weissman, M. M. et Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Kendler, K. S. et al. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- King, N. J. (1993). Simple and social phobia. Dans T. H. Ollendick et R. J. Prinz (éd.), *Advances in clinical child psychology* (p. 305-341). New York: Plenum Press.

- Klinger, E. et al. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 76-88.
- Ladouceur, R., Bélanger, L. et Léger, É. (2008). *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris: Odile Jacob.
- Leahy, R. L. et Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Légeron, P. et al. (2003). Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale: étude préliminaire auprès de 36 patients. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 13(3), 113-127.
- Marchand, A. et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur: guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie* (3^e éd.). Montréal: Stanké.
- Maser, J. D. (1985). List of phobias. Dans A. H. Tuma et J. D. Maser (éd.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 805-813). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Noyes, R. et al. (1991). Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 517-523.
- Offord, D. R. et al. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563.
- Öst, L. G. (1985). Mode of acquisition of phobias. *Acta Universitatis Uppsaliensis (Abstract of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine)*, 529, 1-45.
- Öst, L. G. et Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioural method for treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy*, 25, 25-30.
- Plamondon, J., Gilbert, R. et Savard, P. (2000). Le traitement psychologique du trouble d'anxiété généralisée. *Consensus : Trouble d'anxiété généralisée*.
- Rickels, K. et al. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines: I. Effects of abrupt discontinuation. *Archives of General Psychiatry*, 47, 899-907.
- Robillard, G. et al. (2003). Anxiety and presence during VR immersion: A comparative study of the reactions of phobic and non-phobic participants in therapeutic virtual environments derived from computer games. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 467-476.
- Robillard, G. et al. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: Preliminary report from a comparative outcome study. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 57-60.
- Robillard, G., St-Jacques, J. et Bouchard, S. (2011). *Laboratoire de cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais*. Repéré à http://w3.uqo.ca/cyberpsy/fr/index_fr.htm
- Rosenberg, M. B. (2005). *Les mots sont des fenêtres (ou des murs): Introduction à la communication non violente* (nouv. éd. rév.). Chêne-Bourg, Suisse: Jouvence.
- Rothbaum, B. O. et al. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.
- Roy-Byrne, P. P. et Katon, W. (2000). Anxiety management in the medical setting: Rationale, barriers to diagnosis and treatment, and proposed solutions. Dans D. I. Mostofsky et D. H. Barlow (éd.), *The management of stress and anxiety in medical disorders* (p. 1-14). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Sanderson, W. C. et al. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sareen, J. et al. (2006). Illicit drug abuse and anxiety disorders: Findings from two community surveys. *Psychiatry Research*, 142, 11-17.
- Silverman, W. K. et Rabian, B. (1993). Simple phobias. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 603-622.
- Statistique Canada. (2004). *Health Reports: Social Anxiety Disorder: Beyond shyness*. Ottawa: Canadian Centre For Health Information.
- Stein, M. B., Chartier, M. et Walker, J. R. (1993). Sleep in non-depressed patients with panic disorder: Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep. *Sleep*, 16, 724-726.
- Swinson, R. P. et al. (2006, juillet). Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(suppl. 2).
- Tamisier, J.-C. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse/Bordas.
- Télé-Québec, *Une pilule, une petite granule*. (2013). *L'anxiété chez les enfants*, 45 min 55 s. Repéré à <http://cve.grics.qc.ca/fr/1122/31492>
- Télé-Québec, *Une pilule, une petite granule*. (2013). *De l'anxiété aux troubles anxieux*, 25 min 19 s. Repéré à <http://cve.grics.qc.ca/fr/1122/31490>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G. et Hope, D. A. (2001). Social phobia and social anxiety. Dans D. H. Barlow (éd.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 99-136, 3^e éd.). New York: Guilford Press.
- Uhde, T. W. (1994). The anxiety disorders: Phenomenology and treatment of core symptoms and associated sleep disturbance. Dans M. Kryger, T. Roth et W. Dement (éd.), *Principles and practice of sleep medicine* (p. 871-898). Philadelphia: Saunders.
- Westra, H. A. et Stewart, S. H. (1998). Cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy: Complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? *Clinical Psychology Review*, 18, 307-340.
- Zimbardo, P. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

CHAPITRE 7

- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- Benault, M. et Larivée, S. (2005). Guérir avec l'EMDR: preuves et controverses. *Revue de psychoéducation*, 34, 355-396. Repéré à <http://cat.inist.fr/?aMode=afficheN&cpsid=17697891>
- Breslau, N. et al. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N. et al. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brillon, P. (2010a). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes*. Outremont: Québecor.
- Brillon, P. (2010b). *Serlever d'un traumatisme* (3^e éd.). Outremont: Québecor.
- Brunet, A. et al. (2014, avril). Trauma reactivation plus propranolol is associated with durably low physiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 228-232.
- Carlson, J. G. et al. (1998, janvier). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3-24.
- Devilley, G. J. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing: A chronology of its development and scientific standing. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(2).
- Devilley, G. J. et Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Dugas, M. J. (2004). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée: manuel du thérapeute*. Montréal: Université Concordia/Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Foy, D. W. (1992). Introduction and description of the disorder. Dans D. W. Foy (éd.), *Treating PTSD: Cognitive-Behavioral strategies* (p. 1-12). New York: Guilford Press.
- Galea, S., Nandi, A. et Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91. Repéré à <http://epirev.oxfordjournals.org/content/27/1/78.long>
- Guay, S. (2010). *Prévenir et traiter l'état de stress post-traumatique*. Conférence présentée au colloque de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Repéré à www.asstsas.qc.ca/documents/Evenements/Colloques%20ASSTSAS/Colloque%202010/C5_Prévenir%20et%20traiter%20stress%20post-traumatique.pdf
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (s.d.). *État de stress post-traumatique*. Repéré à www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl. 5), 4-14. Repéré à <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-15312-001>
- Kessler, R. C. et al. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Ladouceur, R. et al. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Lemay, M. (s.d.). Qu'est-ce que la résilience? *Équilibrium en tête*, 14(4).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *La santé mentale: renforcer notre action*. Aide-mémoire n° 220. Repéré à www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/
- Resnick, Heidi S. et al. (1993, décembre). Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basis principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S. et al. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of the three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Télé-Québec. (2014, 20 novembre). *Soigner le syndrome de stress post-traumatique. Émission Une petite pilule, une petite granule*. Repéré à <http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=1261>

Van Ameringen, M. *et al.* (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS: Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.

Wilson, S. A., Becker, L. E. et Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

CHAPITRE 8

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Bineau, M. (2013). *Trouble obsessionnel-compulsif et accumulation compulsive: similitudes et différences*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6907/1/030586010.pdf>

Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. Dans T. F. Cash et T. Pruzinsky (éd.), *Body images: Development, deviance, and change* (p. 80-109). New York: Guilford Press.

Gervais, L.-M. (2008, septembre). *Quand un détail de notre apparence devient une obsession* [forum]. Repéré à www.nouvelles.umontreal.ca/archives/2007-2008/content/view/1686/227/index.html

Hyman, B. M. et Pedrick, C. (2005). *The OCD workbook: Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder* (2^e éd.). Oakland: New Harbinger Publications Inc.

Institut de la Statistique du Québec (ISQ). (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire1.pdf

Leahy, R. L. et Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

Liu, J., Zhang, X. et Liu, J. (2014, mars). Obsessions appear after the removal of a brain tumor in the right frontal lobe. *General Hospital Psychiatry*, 36(4), 450. e3-450. e4. Repéré à [www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(14\)00057-7/abstract](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(14)00057-7/abstract)

Nock, M. K. (2009, 1^{er} avril). Why do people hurt themselves? *Current Directions in Psychological Science*, 2, 78-83. Repéré à www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744421/

O'Connor, K. et Grenier, S. (2004). Les troubles obsessionnels-compulsifs: appartiennent-ils aux troubles anxieux ou à une autre famille de troubles mentaux? *Santé mentale au Québec*, 29, 33-51. Repéré à www.erudit.org/revue/SMQ/2004/v29/n1/008818ar.html

O'Connor, K. et Pélissier, M.-C. (2008). *Traiter le doute obsessionnel*. Atelier de formation dans le cadre du Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec, Montréal.

Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror. Understanding and treating and understanding body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Samuels, J. F. *et al.* (2007, avril). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 673-686. Repéré à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796706001185

Salkovskis, P. M. et Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. Dans D. M. Clark et C. Fairburn (éd.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (p. 179-208). Oxford: Oxford University Press.

Scorsese, M. (2004). *The Aviator (L'aviateur)*. 170 min. États-Unis: Warner Bros./Miramax.

St-Pierre-Delorme, M.-È. (2012, janvier). *Le trouble d'accumulation compulsive: mieux le reconnaître*, conférence AQPAMM. Repéré à www.aqpamm.ca/wp-content/uploads/2011/04/Conférence-

AQPAMM-Accumulation-Compulsive-25-janvier-2012.pdf

Taillon, A. (2011). *Peur d'une dysmorphie corporelle: réflexion critique sur les traitements psychologiques et évaluation d'une thérapie basée sur les inférences*. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Repéré à www.archipel.uqam.ca/4439/1/D2268.pdf

Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and "DIY" surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.

Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80, 67-71. Repéré à <http://pmj.bmj.com/content/80/940/67.full>

Veale, D., Ennis, M. et Lambrou, C. (2002). Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1788-1790. Repéré à <http://ajpp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.10.1788>

Yaryura-Tobias, J. A. et Neziroglu, F. A. (1997). *Bi-behavioral treatment of obsessive compulsive spectrum disorder*. New York: Norton.

CHAPITRE 9

Agence de Santé publique du Canada. (2006). *Qu'est-ce que la schizophrénie? Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Repéré à www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/7-fra.php

Alpert, M., Kotsaftis, A. et Pouget, E. R. (1997). Speech fluency and schizophrenic negative signs. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 171-177.

Amador, X. F. *et al.* (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Bentall, R. P. *et al.* (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 The adult psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 734-740.

Berrios, G. E. (2011). Eugen Bleuler's place in the history of psychiatry. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1095-1098.

Bleich, A. *et al.* (1988). The role of serotonin in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 297-315.

Bo, S. *et al.* (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 31, 711-726.

Breetvelt, E. J., Boks, M. et Numans, M. E. (2010). Schizophrenia risk factors constitute general risk factors for psychiatric symptoms in the population. *Schizophrenia Research*, 120, 184-190.

Brown, A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 200-202.

Caldwell, C. B. et Gottesman, I. I. (1992). Schizophrenia - A high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 479-493.

Cannon, M. *et al.* (2003). Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia. Dans R. M. Murray *et al.* (éd.), *The epidemiology of schizophrenia* (p. 74-99). New York: Cambridge University Press.

Caspi, A. *et al.* (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57, 1117-1127.

Cleghorn, J. M. *et al.* (1992). Toward a Brain Map of Auditory Hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 149.

Conrad, A. J. *et al.* (1991). Hippocampal pyramidal cell disarray in schizophrenia as a bilateral phenomenon. *Archives of General Psychiatry*, 48, 413-417.

Covington, M. A. *et al.* (2005). Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77, 85-98.

Crow, T. J. (1997). Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends in Neuroscience*, 20, 339-343.

Docherty, N. M. (2005). Cognitive impairments and disordered speech in schizophrenia: thought disorder, disorganization, and communication failure perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 269-278.

Dubois, J., Mitterand, H. et Dauzat, A. (2007). *Dictionnaire étymologique et historique du français*. Paris: Larousse.

Dufoulon, S. (1997). Le prix de la voyance. *Revue du MAUSS*, 10, 290-307.

Dumais, A. *et al.* (2011, août). Schizophrenia and serious violence: A clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 234-237.

Durand, M. V. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*. Paris: De Boeck.

Ellert, E. (2014). Searching for schizophrenia's roots. *Nature*, 508, 3-5.

Ettinger, U. *et al.* (2004). Volumetric neural correlates of anti-saccade eye movements in first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1918-1921.

Ferdinand, R. *et al.* (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 100, 612-618.

Fink, M. (2011). Catatonia from its creation to DSM-V: considerations for ICD. *Indian Journal of Psychiatry*, 53, 214-217.

Fischer, G. N. (2014). *Concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod.

Fondation des maladies mentales. (2015). *Schizophrénie*. Repéré à www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?#t=6&i=17#Symptômes

Franzek, E. et Beckmann, H. (1998). Different Genetic Background of Schizophrenia Spectrum Psychoses: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 76-83.

Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy* (2^e éd.). New York: Basic Texts in Psychiatry.

Glaser, C. *et al.* (2004). Ventricular enlargement in schizophrenia related to volume reduction of the thalamus, striatum, and superior temporal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 161, 154-156.

Goetz, C. G. *et al.* (2001). Prospective longitudinal assessment of hallucinations in Parkinson's disease. *Neurology*, 57, 2078-2082.

Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: the Origins of madness*. New York: W. H. Freeman.

Hemmings, C. P. (2006). Schizophrenia spectrum disorders in people with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 470-474.

Hochmann, J. (2011). *Histoire de la psychiatrie*. Paris: PUF, coll. «Que sais-je?», 128.

Howard, R. (réalisateur). (2001). *Un homme d'exception (A beautiful mind)*. États-Unis: Universal Pictures/Dreamworks.

Howard, R. *et al.* (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The international late-onset schizophrenia group. *American journal of psychiatry*, 157, 172-178.

Inskip, H. M., Harris, E. C. et Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.

- Jentsch, J. D. et al. (1997). Phencyclidine increases forebrain monoamine metabolism in rats and monkeys. *The Journal of Neuroscience*, 17, 1769-1775.
- Kane, J. M. et Freeman, H. L. (1994). Towards more effective antipsychotic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 165, 22-31.
- Katsnelson, A. (2014). The modelling challenge. *Nature*, 508, 9-11.
- Konradi, C. et Heckers, S. (2003). Molecular aspects of glutamate dysregulation: implications for schizophrenia and its treatment. *Pharmacological Therapy*, 97, 153-179.
- Kuperberg, G. et Heckers, S. (2000). Schizophrenia and cognitive function. *Current opinion in neurobiology*, 10, 205-210.
- Lalonde, P. et al. (1995). *Démystifier les maladies mentales: la schizophrénie*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lapasset, J. et Silverstein, S. (2004). Réhabilitation cognitive de la schizophrénie: une approche pragmatique du processus d'intégration pour lutter contre les symptômes réfractaires. *Santé mentale au Québec*, 29, 89-116.
- Lecompte, Y. (1999, printemps). Perspectives sur la thérapie cognitive de la schizophrénie et des délirés. *Santé mentale au Québec*, 24.
- Mazzoncini, R. et al. (2010). Illicit substance use and its correlates in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 351-358.
- McCubbin, M. et Cohen, D. (1998). Les droits des usagers de services en santé mentale: le nœud étroit du pouvoir, de la loi et de l'éthique. *Santé mentale au Québec*, 23, 212-224.
- McGuire, P. K., Shah, P. et Murray, R. M. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *The Lancet*, 342, 703-706.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P. et Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Muneer, A. (2014). Catatonia in a patient with bipolar disorder type I. *The Journal of Neuroscience*, 5, 314-316.
- Owen, M. J., Craddock, N. et Jablensky, A. (2007). The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 905-911.
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours*. Montréal: Éditions du Jour.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. et Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Poirier, M. (2007). Santé mentale et itinérance: analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales*, 19, 76-91.
- Prouteau, A. et al. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Paris: Dunod.
- Reuter, B. et Kathmann, N. (2004). Using saccade tasks as a tool to analyze executive dysfunctions in schizophrenia. *Acta Psychologica*, 115, 255-269.
- Roth, R. M. et al. (2004). Apathy in schizophrenia: reduced frontal lobe volume and neuropsychological deficits. *American Journal of Psychiatry*, 161, 157-159.
- Scala, S. et al. (2014). Executive functioning and psychopathological profile in relatives of individuals with deficit v. non-deficit schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 85-97.
- Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (2006). *La schizophrénie. Comprendre et aider*. Montréal.
- Swazey, J. P. (1974). *Chlorpromazine in psychiatry. A study of therapeutic*. Cambridge, MA/Londres: Cambridge University Press.
- Thompson, P. M. et al. (2001). Genetic influences on brain structure. *Neuroscience*, 4, 1253-1258.
- Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 460-465.
- Tienari, P. et al. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1587-1594.
- Torrey, E. F., Bartko, J. J. et Yolken, R. (2012). Toxoplasma gondii and other risk factors for schizophrenia: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 642-647.
- Vrakas, G. (2008). Le rapport à la maladie et le suicide chez les patients atteints de schizophrénie. *Frontières*, 21, 64-71.

CHAPITRE 10

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2012). *Les jeunes et l'automutilation*. Repéré à www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-1036&lang=2

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Bateman, A. W. (2007, octobre). *Mentalization based therapy for borderline personality disorder: Turning theory into practice*. Conférence dans le cadre du colloque *Attachment, mentalization and psychoanalytic and psychodynamic therapies*, Seattle, Oregon.

Bateman, A. W. et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BDP. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.

Bazzo, M.-F. (2009). *Entrevue Tempo avec Marie-Sissi Labrèche*. Bazzo.tv. Repéré à <http://bazzotv.quebec.tv/occurrence.aspx?id=296&invite=147>

Beck, A. T., Davis, D. D. et Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders* (3^e éd.). New York: Guilford Press.

Bender, D. S., Morey, L. C. et Skodol, A. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-346.

Bessette, M. (2010). Les traitements adaptés aux troubles de la personnalité: approches diverses, même engagement thérapeutique. *Psychologie Québec*, 27, 29-31.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759.

Bouchard, S. et Gingras, M. (2007). *Introduction aux théories de la personnalité*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Cassivi, M. (2009). *Marie-Sissi Labrèche: sortir de soi*. Repéré à www.cyberpresse.ca/arts/livres/200902/10/01-825779-marie-sissi-labrèche-sortir-de-soi.php

Cousineau, P. (2008). Les aspects théoriques de la thérapie des schémas selon Jeffrey Young. Dans L. Chaloult et al. (éd.), *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Crawford, T. N. et al. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21, 191-208.

Dahl, A. A. (1993, printemps). The personality disorders: A critical review of family, twin, and

adoption studies. *Journal of Personality Disorders*, 1(suppl.), 86-99.

Debigarré, J. (2013). *Les troubles de la personnalité: fondements et traitements* (4^e éd.). Montréal: Québec-Livres.

Durand, M. V. et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*. Paris: De Boeck.

Ferguson, N. (2006). *The War of the World: Twentieth-Century Conflict and the Descent of the West*. New York: Penguin Books.

Fonagy, P. et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P. et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self-pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576.

Guelfi, J. D. (2014). Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. *Annales médico-psychologiques. Revue psychiatrique*, 172, 667-670.

Haeyen, S., van Hooren, S. et Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, Cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10.

Harron, M. (2000). *American Psycho*. États-Unis, Universal Pictures, 101 min.

Johnson, J. G. et al. (2001, janvier-février). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 16-23.

Jonason P. K. et Webster, G. D. (2012). A protean approach to social influence: Dark triad personalities and social influence tactics. *Personality and Individual Differences*, 52, 521-526.

Kagan, J. (2002). Childhood predictors of states of anxiety. *Clinical Neuroscience Article*, 4, 289-293.

Kagan, J. (2008). The biological contributions to temperaments and emotions. *European Journal of Developmental Science*, 2, 38-51.

Kramer, U. et al. (2014). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 176-186.

Lilienfeld, S. (2009). Qu'est-ce qu'un psychopathe? *Cerveau et psycho*, 32, 92-93.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. Londres: Routledge.

Natsuaki, M. N., Cicchetti, D. et Rogosch, F. A. (2009). Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. *Developmental Psychopathology*, 21, 1181-1193.

Newton-Howes, G., Clark, L. A. et Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.

Orcutt C. (1997). Le trouble limite du soi: l'approche de Masterson. *Santé mentale au Québec*, 22, 69-86.

Orlofsky, J. L., Cohen, R. S. et Ramsden, M. W. (1985). Relationship between sex-role attitudes and personality traits and the revised sex-role behavior scale. *Sex Roles*, 12, 377-391.

Paulhus, D. L. et Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.

- Pelissolo, A. et Jost, F. (2011). Pharmacothérapie des troubles de la personnalité. *Annales médico-psychologiques*. Revue psychiatrique, 169, 592-594.
- Ranger, M. et al. (2009). Cost-effectiveness of nidothérapie for comorbid personality disorder and severe mental illness: Randomized controlled trial. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 128-136.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. New York: Guilford Press.
- Stitt, N. et al. (2015). Positive association between reported childhood peer teasing and adult borderline personality disorder symptoms. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 8, 137-145.
- Tarabulsy, G. et al. (2000). *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Tyrer, P. (2015). Personality disorders. Dans N. J. Smelser et P. B. Baltes (éd.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (2^e éd., p. 891-898). Londres: Elsevier.
- Tyrer, P. et al. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 49, 51-59.
- Young, J. E. et Lindemann, M. (2002). An integrative schema focused model for personality disorder. Dans R. Leahy et E. T. Dowd (éd.), *Clinical advance in cognitive psychotherapy: Theory and application* (p. 93-109). New York: Springer.
- Zeanah, C. H. et Fox, N. A. (2004). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 32-41.
- ## CHAPITRE 11
- Adlaf, E. M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Adlaf, E. M., Demers, A. et Gliksman, L. (2005). *Canadian Campus Survey 2004*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Alcoholics Anonymous. (1990). *Comments on A.A.'s Triennial survey*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barclay, L. et Vega, C. (2006, 7 juillet). Varenicline may be more effective than bupropion for smoking cessation. *Medscape Medical News*. Repéré à www.medscape.com/viewarticle/540203
- Barlow, D. H., Durand, V. M. et Stewart, S. H. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach* (2^e éd. canadienne). Toronto: Nelson Education.
- Beck, C. A. et al. (2005). Antidepressant utilization in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 799-807.
- Bernèche, F. et al. (2000). *Agressions sexuelles et drogues du viol*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Bolton, J. et al. (2004). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 818-825.
- Brisson, P. (1998). *L'approche de la réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/redumef.pdf>
- Brisson, P. (dir.) (2001). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. 3. Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Brochu, S. et Orsi, M. (2008). Les substances psychoactives au Canada: historique de leur criminalisation et développements récents. *Médecine et Hygiène*, 32, 367.
- Buxton, J. (2005). Vancouver Drug Use Epidemiology: Vancouver site report for the Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU). *Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use*. Repéré à www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/E8864A4A-6225-4EF9-B4A9-9C391AC60B91/0/CCENDU/Vancouverhighlights2005e.pdf
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553-575.
- Cardenal, M. et al. (2007). États métamotivationnels chez des toxicomanes et des anorexiques restrictives: similitudes et différences. *Psychotropes*, 13, 69-90.
- Carroll, K. M. (1992). Psychotherapy for cocaine abuse: Approaches, evidence, and conceptual models. Dans T. R. Kosten et H. D. Kleber (éd.), *Clinician's guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment* (p. 290-313). New York: Guilford Press.
- Cassen, M. et Delile, J.-M. (2007). Thérapies multifamiliales et addictions. Dans S. Cook-Darzens (éd.), *Thérapies multifamiliales* (p. 205-246). Toulouse: Éditions Érès.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). *Quelles sont les complications graves du sevrage d'alcool?* Repéré à http://knowledge.camh.net/fr/primary_care/addiction_toolkit/alcohol/Pages/faq_complications_withdrawal.aspx
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2012). *Mental health and addiction information A-Z*. Repéré à www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Pages/default.aspx
- Centre québécois de lutte aux dépendances. (2006). *Drogues: savoir plus risquer moins*, 16.
- Centre québécois de lutte aux dépendances. (2011). *Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*. Repéré à www.cqld.ca/files/FR_ScanEnvironnemental_Que%CC%81bec2011.pdf
- Chamberland, C. (2007). *Enfants à protéger, parents à aider: deux univers à rapprocher*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Closser, M. H. (1992). Cocaine epidemiology. Dans T. R. Kosten et H. D. Kelber, *Clinician's guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment* (p. 225-240). New York: Guilford Press.
- Conrod, P. J. et Stewart, S. H. (2005). A critical look at dual focused cognitive-behavioral treatment for comorbid substance abuse and psychiatric disorders: Strengths, limitations and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 265-289.
- Cowley, G. (2001, 12 février). New ways to stay clean. *Newsweek*, 45-47.
- Denizet-Lewis, B. (2006, 25 juin). An anti-addiction pill? *The New York Times*, 48-53.
- Desrosiers, P. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide pratique et offre de services de base*. Montréal: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- Elliott, R., Malkin, I. et Gold, J. (2002). *Establishing safe injection sites in Canada: Legal and ethical issues*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Feng, Y. et al. (2004). A common haplotype of the nicotine acetylcholine receptor alpha 4 subunit gene is associated with vulnerability to nicotine addiction in men. *American Journal of Human Genetics*, 75, 112-121.
- Franklin, D. (1990, novembre-décembre). Hooked-not hooked: Why isn't everyone an addict? *Health*, 39-52.
- Franklin, J. E. et Frances, R. J. (1999). Alcohol and other psychoactive substance use disorders. Dans R. E. Hales, S. C. Yudofsky et J. A. Talbot, *Textbook of Psychiatry* (3^e éd., p. 363-432). Washington: American Psychiatric Press.
- Gadsby, E. J. (2001, 24 juillet). *Presentation - World Assembly for Mental Health: A major global health epidemic!* Vancouver.
- Gardner, E. L. (1997). Brain reward mechanisms. Dans J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman et J. G. Langrod, *Substance abuse: A comprehensive textbook* (p. 51-85). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Gendarmerie royale du Canada (GRC). (2008). *Tableaudecriptifdesdrogues*. Repéré à www.rcmp-grc.gc.ca/drugs-drogues/poster-affiche/index-fra.htm
- Gendarmerie royale du Canada (GRC). (2013). *Drogue et alcool*. Repéré à www.rcmp-grc.gc.ca/cycp-cpcj/dr-al/al-fra.htm
- Gestin, P. et Lambrette, G. (2006). Du bon usage des communautés thérapeutiques en matière de traitement des toxicomanies: la fenêtre thérapeutique. *Psychotropes*, 12, 130.
- Goldman, M. S., Del Boca, F. K. et Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. Dans H. Blane et K. Leonard (éd.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (p. 203-246). New York: Guilford Press.
- Goldstein, A. (1994). *Addiction: From biology to drug policy*. New York: W. H. Freeman.
- Gorwood, P. (2004, septembre-novembre). La dépendance dans les gènes. *Cerveau et psycho*, 7, 64-68.
- Gouvernement du Québec. (2005). *Répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec 2005*. Québec: Direction des communications du ministère des Services sociaux.
- Gross, S. R. et al. (2002). Ecstasy and drug consumption patterns: A Canadian rave population study. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 47, 546-551.
- Haas, A. P. et Hendin, H. (1987). The meaning of chronic marijuana use among adults: A psychological perspective. *Journal of Drug Issues*, 17, 333-348.
- Hampton, T. (2006). Alcoholism genes. *Journal of the American Medical Association*, 295, 190-198.
- Heath A. C. et al. (1997, novembre). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: Consistency of findings in women and men. *Psychological Medicine*, 27, 1381-1396.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2010). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013: évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2005). *Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

- Irvin, J. E. et al. (1999). Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Jacques, J.-P. et Figiel, C. (2006). *Drogues et substitution*. Oxalis: De Boeck Université.
- Järvinen-Tassopoulos, J. (2010). Les jeux d'argent: un nouvel enjeu social? *Pensée plurielle*, 1, 70.
- Johnson, B. A. (1991). Cannabis. Dans I. B. Glass (éd.), *International handbook of addiction behavior* (p. 69-76). Londres: Tavistock/Routledge.
- The Journal of Neuroscience* (2001). 21(23), 9414-9418.
- Kairouz, S. et Nadeau, L. (2010). *Enquête ENHJEU - Québec. Portrait du jeu au Québec. Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Université Concordia: Université de Montréal.
- Kaprio J. et al. (1987, août). Genetic influences on use and abuse of alcohol: A study of 5638 adult Finnish twin brothers. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 11, 349-356.
- Kleber, H. D. (1999). Opioids: Detoxification. Dans M. Galanter et H. D. Kleber (éd.), *Textbook of substance abuse treatment* (2^e éd., p. 251-279). Washington: American Psychiatric Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C. et Boutin C. (2000). Le jeu pathologique. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 21-35. Repéré à www.researchgate.net/profile/Claude_Boutin/publication/228022471_Le_jeu_pathologique/links/0912f4fe9c9c494ab0000000.pdf
- Ladouceur, R. et al. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/266-PrevalenceHabitudesJeu.pdf
- Landry, É. et Courtois, F. (2006). L'impact de la consommation de substances psychotropes sur la sexualité d'hommes toxicomanes. *Drogues, santé et société*, 5, 135-160.
- Mack, A. H., Franklin, J. E. et Frances, R. J. (2003). Substance use disorders. Dans R. E. Hales et S. C. Yudofsky (éd.), *Textbook of clinical psychiatry* (4^e éd., p. 309-377). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marciil-Denault, J. (2000). Le développement de l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans les addictions. *Alcoolologie et addictologie*, 22, 281-286.
- Marshall, B. D. L. et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377, 1429-1437.
- Meyers, R. J., Villanueva, M. et Smith, J. E. (2005). The community reinforcement approach: History and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 251-264.
- Miller, P. M., Smith, G. T. et Goldman, M. S. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 343-349.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec 2005*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). *La drogue... Si on en parlait?* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/I/documentation/2007/07-831-01F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Mieux connaître les drogues*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-804-01F.pdf>
- Mino, A., Page, D. et Krokro, M. S. (1996). Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépén- dances (héroïnomanie, cocaïnomanie). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 6, 65-69.
- Murray, J. B. (1998). Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psychological Reports*, 83, 295-302.
- Nadeau, L. et Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec/Bruxelles: Presses de l'Université Laval/De Boeck, coll. «Toxicomanies».
- Neutel, C. I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry*, 17, 189-197.
- Nevid, J., Rathus, S. et Greene, B. (2011). *Psychopathologie, une approche intégrée*. Adaptation française de M.-É. Huberdeau et al. Saint-Laurent: ERPI.
- Noorani, H. et Severn, M. (2010). *Cognitive behavioural therapy for patients with addictions: A review of the clinical and cost-effectiveness*. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Service d'information sur les technologies de la santé. Repéré à www.cadth.ca/media/pdf/CADTHTechOverviewsVol1No4_f.pdf
- O'Brien, C. P. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 677-686.
- Ogden, (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck Supérieur. Repéré à https://books.google.ca/books?id=mK-2kfv4jXAC&redir_esc=y
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. et Moos, R. H. (1997). Twelve step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230-240.
- Pechnick, R. N. et al. (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, 230-238.
- Peterson, J. B. et al. (2006). Differential effects of naltrexone on cardiac, subjective and behavioural reactions to acute ethanol intoxication. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31, 386-393.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. et Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Physicians for a Smoke-Free Canada. (2011). *Percentage of Canadian who smoke (on either a daily or occasional basis), federal surveys, 1965-2003*. Repéré à www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/prevalence.pdf
- Pihl, R. O. (2009). Substance abuse: Etiological considerations. Dans P. H. Blaney et T. Millon (éd.), *Oxford textbook of psychopathology* (2^e éd., p. 253-279). New York: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992, septembre). In Search of how people change. *Applications to Addictive Behaviors*, 47, 1102-1114.
- Regier, D. A. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010_09_Cahier_RetP_Dossier_01_Gagnon_Fr.pdf
- Research Group on Drug Use. (2004). *Drug use in Toronto - 2004*. Repéré à www.toronto.ca/health/rgdu/pdf/drug_use_in_toronto_2004.pdf
- Richard, D., Senon, J.-L. et Valleur, M. (2009). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris: Larousse in extenso.
- Roberts, L. J. et Marlatt, G. A. (1999). Harm reduction. Dans P. J. Ott et R. E. Tarter (éd.), *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (p. 389-398). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Roffman, R. A. et Barnhart, R. (1987). Assessing need for marijuana dependence treatment through an anonymous telephone interview. *International Journal of the Addictions*, 22, 639-651.
- Santé Canada. (2012). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. Repéré à www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php#s2
- Santé Canada. (2014). *Préoccupations liées à la santé - Alcool*. Repéré à www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alc/index-fra.php
- Schmitz, J. M., Schneider, N. G. et Jarvik, M. E. (1997). Nicotine. Dans J. H. Lowinson et al. (éd.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (p. 249-294). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Sergerie, M.-A. (2009). Internet: quand l'usage est problématique. *Psychologie Québec*, 26, 26-28.
- Sergerie, M.-A. (2012). *Cyberdépendance.ca*. Repéré à www.cyberdependance.ca
- Shiffman, S. et al. (1996). Progression from smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 993-1002.
- Single, E. et al. (1996). *The Costs of substance abuse in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Slade, J. (1999). Nicotine. Dans B. S. McCrady et E. E. Epstein (éd.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (p. 162-170). New York: Oxford University Press.
- Statistique Canada. (2002). *Canadian community health survey: Mental health and well-being*. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2003). *Alcohol consumption, by sex, age group and level of education*. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2015). *Fumeurs, selon le sexe, province et territoire*. Repéré à <http://statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health74b-fra.htm>
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. et Simpson, E. E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92-99.
- Substance abuse and mental health services administration, Office of applied studies. (2003). *Emergency department trends from the drug abuse warning network, final estimate 1995-2002*. Rockville: Dawn Series D-24, DHHS Publication 03-3780.
- Suissa, J. A. (2009). *Le monde des Alcooliques anonymes*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Tomlinson, K. L. et al. (2006). An examination of self-medication and rebound effects: Psychiatric symptomatology before and after alcohol or drug relapse. *Addictive Behaviors*, 21, 461-474.
- Tremblay, J. et al. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Union internationale des télécommunications (UIT). (2015). Key ICT indicators for developed and developing countries and the world (totals and penetration rates). *Statistiques*. Repéré à <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>
- Vélée, D. (2005). Nouvelles consultations de Marmottan: apports théoriques, expériences cliniques. *Psychotropes*, 11, 71.
- Volkow, N. D., et al. (2001). Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recoverers with Protracted Abstinence. *The Journal of Neuroscience*, 21(23), 9414-9418.

- Westra, H. A. et Stewart, S. H. (2002). As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: Incidence and implications. *Current Pharmaceutical Design*, 8, 59-74.
- Xu, K. et al. (2004). Association of specific haplotypes of D2 dopamine receptor gene with vulnerability to heroin dependence in 2 distinct populations. *Archives of General Psychiatry*, 52, 189-195.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 237-244.
- Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 48, 402-415.
- Young, K. S. (2009). *Compulsive Surfing*. Repéré à www.netaddiction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=85
- Young, K. S. et al. (2000). Cyber-disorders: The mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology and Behavior*, 2, 475-479.
- Zack, M., Toneatto, T. et MacLeod, C. M. (1999). Implicit activation of alcohol concepts by negative affective cues distinguishes between problem drinkers with high and low psychiatric distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 518-531.
- ## CHAPITRE 12
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). (2010). Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. France. Repéré à www.anses.fr/fr/system/files/NUT-2009sa0099Ra.pdf
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- Bailer, U. F. et al. (2005, septembre). Altered Brain Serotonin 5-HT1A Receptor Binding After Recovery From Anorexia Nervosa Measured by Positron Emission Tomography and [Carbonyl-11C]WAY-100635. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 1032-1041. Repéré à <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108406>
- Brower, K. B. et al. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 158, 399-404.
- Chang, A.-M. et al. (2015, 27 janvier). Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(4), 1232-1234. Repéré à www.pnas.org/content/112/4/1232.full.pdf?sid=b1898f17-58dc-4ff5-818f-42e97d21420b
- Donini, L. M. et al. (2004, juin). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157. Repéré à <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03325060>
- Edinger, J. D. et Carney, C. E. (2009). Behavioral treatment of insomnia. Dans C. A. Kushida (éd.), *Handbook of sleep disorders* (2^e éd., p. 71-90). New York: Informa Healthcare.
- Elgar, F. J., Craig, W. et Trites, S. J. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52, 433-438. Repéré à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12003175
- Fort, P., Jouvett, M., Lévy, P. et Viot-Blanc, V. (s.d.). Sommeil. Dans *Encyclopædia Universalis*. Repéré à www.universalis.fr/encyclopedie/sommeil/
- Garcia-Rill, E. (2009). Reticular activating system. Dans R. Stickgold et M. Walker (éd.), *The neuroscience of sleep* (p. 133-139). Londres: Academic Press.
- Godbout, R. (2012). Sleep and sleep-wake patterns of adolescents with bipolar disorder, borderline personality disorder and without mental disorder: An actigraphy study. *Journal of Sleep Research*, 21, 23-23.
- Hatoum, I. J. et Belle, D. (2004). Mags and abs: Media consumption and bodily concerns in men. *Sex Roles*, 51, 397-407. Repéré à <http://link.springer.com/article/10.1023/B:SERS.0000049229.93256.48>
- Himes, S. M. et Thompson, J. K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies: A content analysis. *Obesity*, 15, 712-718.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2010). *Les repas et collations des jeunes Québécois*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqu/2010/juin/juin1010b.htm
- Israël, M. (s.d.). Le rôle des médicaments dans le traitement des troubles de l'alimentation. *Aneb Québec*, 8. Repéré à www.anebquebec.com/html/fr/infos/articles/vol8no1.html?keepThis=
- Jacobi, C. et al. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Johnson W. (2007). Genetic and environmental influences on behavior: Capturing all the interplay. *Psychological Review*, 114(2), 423-440.
- Kirkpatrick, J. et Caldwell, P. (2004). *Eating Disorders. Anorexia Nervosa, Bulimia, Binge Eating and Others*. Toronto: Key Porter Books.
- Lageix, P. (2006, avril). L'anorexie nerveuse: comment bien intervenir? *Le clinicien*, 95-99.
- Loeb, K. L. et al. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 259-272.
- Mahowald, M. W., Cramer-Bornemann, M. A. et Schenk, C. H. (2009). Behavior and parasomnias. Dans R. Stickgold et M. Walker (éd.), *The neuroscience of sleep* (p. 18-20). Londres: Academic Press.
- Mazzeo, S. E. et Bulik, C. M. (2009, janvier). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18(1), 67-82. Repéré à www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719561/
- Mignot, E. et Lin, L. (2009). Narcolepsy. Dans R. Stickgold et M. Walker (éd.), *The neuroscience of sleep* (p. 270-277). Londres: Academic Press.
- Morin, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Morin, C. M. et Benca, R. M. (2011). Insomnia: Nature, diagnosis, and treatment. Dans S. Shokrovert et P. Montagna (éd.), *Handbook of clinical neurology* (3^e éd., p. 723-746). Londres: Elsevier.
- Pomerleau, G. (2001). *Démystifier les maladies mentales: anorexie mentale et boulimie, comprendre pour agir*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. et Banfield S. (2000, septembre). Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(3), 89-97.
- Sateia, M. J. (2009). Description of insomnia. Dans C. A. Kushida (éd.), *Handbook of sleep disorders* (2^e éd., p. 3-14). New York: Informa Healthcare.
- Senécal, C. et Richardson, J. (2012, septembre). Hyperphagie boulimique. *Psychologie Québec*, 29(5). Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Sept2012_Dossier_04_Senechal_Richardson.pdf
- Société canadienne de pédiatrie (2002). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents: Les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatric Child Health*, 3, 193-196.
- St-Arnaud, Y. (1996). *S'actualiser par des choix éclairés et une action efficace*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Statistique Canada. (2010). *Enquête canadienne sur les mesures de la santé*. Repéré à www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. et Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32, 78-82.
- Veasey, S. C. (2009). Sleep apnea. Dans R. Stickgold et M. Walker (éd.), *The Neuroscience of Sleep* (p. 263-269). Londres: Academic Press.
- Wilkins, J. (2004). *L'anorexie mentale: une maladie en quatre actes*. Repéré à www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/Anorexie-mentale.pdf
- Wilkins, J. (2007, avril). L'anorexie mentale à l'adolescence. Vous avez les ressources pour agir! *Le clinicien*, 71-77.
- ## CHAPITRE 13
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- Aybek, S. et al. (2009). L'hystérie: une entité historique, un trouble psychiatrique ou une maladie neurologique? *Revue médicale suisse*, 3156, 1-6.
- Benbadis, S. R. et Allen-Hauser, W. (2000). An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 9, 280-281.
- Bernstein, J. M. et Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174, 727-735.
- Boon, N. et Draijer, S. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.
- Boros, S. J. et Brubaker, L. C. (1992). Münchausen Syndrome by Proxy: Case Accounts. *FBI's Law Enforcement Bulletin*. Repéré à <http://earthops.org/munchausen/92jun006.html>
- Guelfi, J.-D. et Hardy, P. (2013). *Les personnalités pathologiques*. Cachan, France: Lavoisier.
- Halligan, P. W., Bass, C. et Wade, D. T. (2000). New approaches to conversion hysteria. *British Medical Journal*, 320, 1488-1489.
- Hollender, M. C. et Ford, C. V. (2000). *Dynamic Psychotherapy*. San Francisco: J. Aronson.
- Huffman, J. C. et Stern, T. A. (2003). The diagnosis and treatment of Münchausen's syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 25, 358-363. Repéré à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834303000616
- Janet, P. (2006). *Lamnésie psychologique. Le cas Emma Duteuple. Œuvres choisies II (1896)*. Paris: L'Harmattan.
- King, H. (1993). Once upon a text: Hysteria from Hippocrates. Dans S. Gilman (éd.), *Hysteria beyond Freud* (p. 3-90). Oakland: University of California Press.
- Klein, J.-P. (2008). *L'art-thérapie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Krahn, L. E., Hongzhe, L. et O'Connor, K. (2003, juin). Patients who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1163-1168. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.160.6.1163>
- Labbé, J. (2009). *Quand la réalité dépasse la fiction: le syndrome de Münchausen par procuration*. Québec: Direction de la santé publique de la Capitale nationale. Repéré à <http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/>

- fileadmin/docs/serveur_pediatric/etudiants/notes_de_cours/munchausen.pdf
- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M. et Marchand, A. (1999). *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*. Paris: Masson.
- Lalonde, J. K. et al. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 407-412.
- Langlois, F. et al. (2005). Hypochondrie et anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 10, 1-10.
- Looper, K. et Kirmayer, L. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.
- Maltais, D. et Rheault, M.-A. (2005). *L'intervention sociale en cas de catastrophe*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Markowitsch, H. J. (2003). Psychogenic amnesia. *Neuroimage*, 20, 132-138.
- Martin, M., Gagné, A. et O'Neill, J. A. (2011). Le trouble dissociatif de l'identité. Plonger dans la multiplicité pour comprendre l'unicité de son patient. *Psychologie Québec*, 28, 30-34.
- Meadow R. (2000). The dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Review*, 9, 62-67.
- Micale, M. S. (1993). On the "disappearance" of hysteria: A study in the clinical deconstruction of a diagnosis. *Isis*, 84, 496-526.
- Murray, J., Ehlers, A. et Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- Nathan, D. (2011). *Sybil exposed: The extraordinary story behind the famous multiple personality case*. New York: Simon & Schuster.
- Nicolas, S. (2006). Introduction de l'éditeur. Dans J. Janet, *L'amnésie psychologique. Lecas Emma Dutemple. Œuvres choisies II* (p. 5-12). Paris: L'Harmattan.
- Noyes, R. et al. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: A review of the existing literature. *Psychotherapy*, 75, 270-281.
- Patterson R. (1988). The Münchhausen Syndrome: Baron Von Münchhausen has taken a bum rap. *Canadian Medical Association Journal*, 139, 566-569.
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19, 12-22.
- Putnam, F. W. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The adolescent dissociative experience scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475-531.
- Rief, W., Hiller, W. et Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.
- Robertson, M. M. et Cervilla, J. A. (1997). Münchhausen's Syndrome. *British Journal of Hospital Medicine*, 58, 308-312.
- Rosenbaum, M. (2000). Psychogenic seizures: Why women? *Psychosomatics*, 41, 147-149.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, coll. « Wiley series in general and clinical psychiatry ».
- Shaw R. J. et al. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 216-224.
- Spanos, N. P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Springhouse Corp. (2005). *Professional guide to diseases* (8^e éd.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Steinberg, L. (2008). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. Dans A. Tasman (éd.), *Psychiatric update* (p. 342-376). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Hart, O. et Boon, N. (1993). Le traitement du désordre de la personnalité multiple. *Annales médico-psychologiques*, 151, 1-12.
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O. et Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in post-traumatic stress disorder. Dans B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane et L. Weisaeth (éd.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303-327). New York: Guilford Press.
- Watt, M. C. et Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationship between childhood learning experiences and the development of hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 1-12.

CHAPITRE 14

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Bardon, C. et al. (2014). *Comprendre et prévenir le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme: consultation d'experts*. Montréal: CRISE-UQAM/CRDID de Montréal. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSN/Web/Site/2405/113/302/140/Document/F497756689_Risque_suicidaire_DITSA_Consultation_experts_20140902.pdf

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press.

Berninger, V. W. et Wolf, B. J. (2009). *Teaching students with dyslexia and dysgraphia: Lessons from teaching and science*. Baltimore: Brookes.

Berninger, V. W. et May, O. M. (2011). Evidence-based diagnosis and treatment for specific learning disabilities involving impairments in written and/or oral language. *Journal of Learning*, 44, 167-183.

Bioulac, S., Arfi, L. et Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23(2), 134-141.

Bioulac, S. et al. (2010). Intérêt de l'utilisation du questionnaire des problèmes associés aux jeux vidéo de Tejeiro (Problem Videogame Playing: PVP). Étude exploratoire chez des enfants présentant un TDA/H. *Annales médico-psychologiques*, 168, 632-635. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682250/document>

Bondy, A. et Frost, L. (2001). The picture exchange communication system. *Behavior Modification*, 25, 725-744.

Brière, F. et Savard, C. (2007). *Les alternatives au Ritalin*. Montréal: Éditions Caractère.

Cardinal, F. (2010). *Perdus sans la nature: pourquoi les jeunes ne jouent plus dehors et comment y remédier*. Montréal: Québec Amérique.

Catheline, N. (2007). *Psychopathologie de la scolarité* (2^e éd.). Paris: Masson.

Chan, P. A. et Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 5. Repéré à www.annals-general-psychiatry.com/content/pdf/1744-859x-5-16.pdf

Charach, A. (2010). *Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: épidémiologie, comorbidité et évaluation*. Repéré à www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharachFrpx.pdf

Cipani, E. et Schock, K. M. (2011). *Functional behavioral assessment, diagnosis, and treatment*. New York: Springer.

Conners, C. et al. (2001). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Expert consensus guidelines. *Journal of Attention Disorders*, 4, 1-128.

Craik, F. et Bialystok, E. (2006). Cognition through the lifespan: Mechanisms of change. *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 131-138.

Dinstein, I., Thomas, C., Behrman, M. et Heeger, D. J. (2008). A mirror up to nature. *Current Biology*, 18, 233.

Falardeau, G. (2006). *L'enfant impulsif*. Montréal: Éditions de l'Homme.

Fitzgerald, M. (2004). *Autism and creativity: Is there a link between autism in men and exceptional ability?* Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.

Gagné, D. (1998). *Vivre avec un enfant qui a un déficit d'attention*. Granby: Oasie santé mentale de Granby.

Gaudreault, M., Veillette, S. et Perron, M. (2003). Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002). *Cahier des fréquences*. Série enquête régionale 2002: *Les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Qui sont-ils? Que font-ils?* Jonquière: Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière. Repéré à http://ecobes.cegepjonquiere.ca/media/tinymce/PDF/2_-FaitsSaillantsSL5J2002_8avril2003.pdf

Georgieff, N. (2008). *Qu'est-ce que l'autisme?* Paris: Dunod.

Gerber, J. S. et Offit, P. A. (2009). Vaccines and autism: A tale of shifting hypotheses. *Clinical Infectious Diseases*, 48, 456-461.

Giedd, J. N. (2008, avril). The Teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42, 335-343.

Hammarranger, B. (2013). *TDAH. Association québécoise des neuropsychologues*. Repéré à <https://aqnp.ca/documentation/developpemental/tdah/>

Harrison, B. (2010). *L'autisme: au-delà des apparences. Le fonctionnement interne de la structure de pensée autistique*. Rivière-du-Loup: Éditions Concept.

Hart, H. et al. (2012, novembre). Meta-analysis of MRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 2248-2256.

Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2012). *Troubles du déficit de l'attention: causes, symptômes, traitements*. Repéré à www.douglas.qc.ca/info/trouble-deficit-attention

Jordan, B. (2012). *Autisme, le gène introuvable*. Paris: Seuil.

Kana, R. K. et al. (2013). The local, global, and neural aspects of visuospatial processing in autism spectrum disorders. *Neuropsychologia*, 51, 2995-3003. Repéré à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028393213003576

King, S. et al. (2012). Using natural disasters to study the effects of prenatal maternal stress on child health and development. *Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews*, 96, 273-288. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdrc.21026/abstract>

Landa, R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Review*, 13, 16-25.

Landry, Y. et Gies, J.-P. (2009). *Pharmacologie des cibles vers l'indication thérapeutique* (2^e éd.). Paris: Dunod.

- Larson, S. A. et al. (2001). Prevalence of mental retardation and developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 106, 231-252.
- Lee, S. Y. et al. (2015, décembre). Is oxytocin application for autism spectrum disorder evidence-based? *Experimental Neurobiology*, 24(4), 312-324.
- Mascheretti, S. et al. (2013). Putative risk factors in developmental dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*. Repéré à <http://ldx.sagepub.com/content/early/2013/06/10/0022219413492853.abstract>
- Meyer, L. H., Peck, C. A. et Brown, L. (1991). *Critical issues in the lives of people with disabilities*. Baltimore: Brookes.
- Monzée, J. (2006). La médicalisation des humeurs des enfants. *Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, 8, 76-88.
- Moore, D. R. (2007). Auditory processing disorders: Acquisition and treatment. *Journal of Common Disorders*, 40, 295-304.
- Newport, E. L., Bavelier, D. et Neville, H. J. (2001). Critical thinking about critical periods. Dans E. Dupoux (éd.), *Language, brain and cognitive development*. Cambridge: MIT Press.
- Nicholson, R. et Szatmari, P. (2003). Genetic and neurodevelopmental influences in autistic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 27-38.
- Pelletier, E. (2009). *Déficit de l'attention sans hyperactivité. Compréhension et interventions*. Montréal: Québecor.
- Piaget, J. (2005). *L'épistémologie génétique* (22^e éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Picard, C. (2013). *Contribution de facteurs placebo à l'efficacité du neurofeedback chez les enfants souffrant de TDA/H*. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal. Repéré à <http://core.ac.uk/download/pdf/19887758.pdf>
- Pinker, S. (1994). *The language instinct: How the mind creates language*. New York: Harper Collins.
- Popper, C. et West, S. A. (1999). Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence. Dans R. E. Hales, S. C. Yudofsky et J. A. Talbot (éd.), *Textbook of psychiatry* (p. 825-954). Washington: American Psychiatric Press.
- Ramachandran, V. (2007). Les miroirs brisés de l'autisme. *Pour la Science*, 50-57.
- Rettew, D. (2013). *Child temperament*. New York: W. W. Norton & Company.
- Revol, O. et Brun, V. (2010). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Paris: Masson.
- Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica*, 94, 2-15.
- Sakai, K. L. (2005). Language acquisition and brain development. *Science*, 310, 815-819.
- Santrock, J. (2007). *A topical approach to life-span development*. New York: McGraw Hill.
- Société Radio-Canada. (2009). *Le Québec sous influence*. Repéré à ww.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2009/01/26/002-ritalin-quebec.shtml
- Stringer, R. et Stanovich, K. E. (2000). The connection between reaction time and variation in reading ability: Unraveling covariance relationships with cognitive ability and phonological sensitivity. *Scientific Studies of Reading*, 4, 41-53.
- Vincent, A. et Sirois, M. (2013). Pilules et TDAH. *Le Médecin du Québec*, 48, 48-54. Repéré à <http://lemedecinquebec.org/Media/120414/047-054Dre-Vincent0813.pdf>
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Wender, P. H., Wolf, L. E. et Wasserstein, J. (2001, juin). Adults with ADHD: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 1-16.
- Wilens, T. E. et Biederman, J. (1992). The stimulants. *The Psychiatric Clinician of North America*, 15, 191-222.
- Young, A. R. et Beitchmann, J. H. (2001). Learning disorders. Dans G. O. Gabbard (éd.), *Treatment of psychiatric disorders* (3^e éd., p. 109-124). Washington, DC: American Psychiatric Press.

CHAPITRE 15

Alagiakrishnan, K. (2012). *Vascular dementia*. Repéré à <http://emedicine.medscape.com/article/292105-overview#a0199>

American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.

Anderson, Nicole D., Murphy, Kelly J. et Troyer, Angela K. (2012). *Living with mild cognitive impairment: A guide to maximizing brain health and reducing risk of dementia*. Don Mills, ON: Oxford.

Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 128, 129-141.

Bear, M. F., Connors, B. W. et Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Beauvert, M. (2007). Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge du delirium et des nausées chez le patient palliatif. *Revue internationale de soins palliatifs*, 4, 95.

Bigaouette, B. (2005). Une organisation des soins et des services pour rendre apte à la vie. *Objectif prévention*, 28, 18-20.

Boivin, M. J. (2002). Effects of early cerebral malaria on cognitive ability in Senegalese children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 353-364.

Bombois, S., Hénn, H., Leys, D. et Pasquier, F. (2004). Diagnostic des démences vasculaires. *La Lettre du neurologue*, 8(2), 1-2.

Bouchard, R. W. et Rossor, M. N. (2008). Typical clinical features. Dans S. Gauthier (éd.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3^e éd., p. 39-52). New York: Informa Healthcare.

Bourgeois, J. A., Seaman, J. S. et Servis, M. E. (2003). Delirium, dementia, and amnesic disorders. Dans R. E. Hales et S. C. Yudofsky (éd.), *The American psychiatric textbook of clinical psychiatry* (4^e éd., p. 131-156). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Braskie, M. N. et al. (2010). Plaque and tangle imaging and cognition in normal aging and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 31, 1669-1678.

Camicoli, R. (2006). Distinguer les différents types de démence. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 4, 4-11.

Chertkow, H. (2008). Mild cognitive impairment and very early-stage Alzheimer's disease. Dans S. Gauthier (éd.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3^e éd., p. 205-220). New York: Informa Healthcare.

Clegg, A. et Young, J. B. (2011). Which medications to avoid in people at risk of delirium: A systematic review. *Age and Ageing*, 40, 23-29.

Cloutier, F. (2010, mars-avril). Maladie d'Alzheimer: quand la personne n'est plus. *Perspective infirmière*, 36-42.

Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 7-21.

Craik, F. I. M. et Bialystok, E. (2009). Bilingualism and aging: Costs and benefits. Dans L. Backman

et L. Nyberg (éd.), *Memory, aging and the brain: A Festschrift in honour of Lars-Göran Nilsson* (p. 115-131). New York: Psychology Press.

Doiron, A. et Dupras, A. (2009). Comment survivre à son hospitalisation? *Le Médecin du Québec*, 44, 51-58.

Doody, R. S., Vacca, J. L., Massman, P. J. et Liao, T. Y. (1999). The Influence of handedness on the clinical presentation and neuropsychology of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 56, 1133-1138.

Dugas, M. (2009). Le patient âgé en délirium. *Regard pratique. Le médecin du Québec*, 44, 59-64.

Élie, M. et al. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 977-981.

Epstein, O., Perkin, D., Cookson, J. et De Bono, D. (2003). *Clinical examination*. Londres: Mosby.

Ferri, C. P. et al. (2005, 17 décembre). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.

Friedlander, M. M., Brayman, Y. et Breitbart, W. S. (2004). Delirium in palliative care. *Oncology*, 18(12), 1541-1550; discussion 1551-1553.

Gauthier, S. et Poirier, J. (2008). Current and future management of Alzheimer's disease. *Alzheimer and Dementia*, 4, 48-50.

Gleason, O. C. (2003). Delirium. *American Family Physician*, 67, 1027-1034.

Gunther, M. L., Jackson, J. C. et Ely, E. W. (2007). The cognitive consequences of critical illness: Practical recommendations for screening and assessment. *Critical Care Clinician*, 23, 491-506.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354, 1157-1165.

Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I. et Marshall, E. J. (2009). The Korsakoff syndrome: Clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2), 148-154.

Litvan, I. et al. (2012). Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement disorder society task force guidelines. *Movement Disorder*, 27(3), 349-356.

Lyketsos, C. G. et Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. *Biological Psychiatry*, 52, 242-252.

Massoud, F. (2009). La maladie d'Alzheimer. Mise à jour 2009. *Le médecin du Québec*, 44, 83-88.

Maurer, K., Volk, S. et Gerbaldo, H. (1997). Auguste D. and Alzheimer's disease. *The Lancet*, 349, 1546-1549.

Monbourquette, J. (2007). *Grandir, aimer, perdre et grandir*. Montréal: Novalis.

Ploton, L. (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 1, 89-115.

Rockwood, K. et Lindesay, J. (2002). Delirium and dying. *International Psychogeriatrics*, 14, 235-238.

Ross, D. D. et Alexander, C. S. (2001). Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea. *American Family Physician*, 64, 1019-1027.

Sarazin, M., Horne, N. et Dubois, B. (2008). Natural decline and prognostic factors. Dans S. Gauthier (éd.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3^e éd., p. 137-148). New York: Informa Healthcare.

Siddiqi, N., Holmes, J. D. et House, A. O. (2006). Occurrence and Outcome of Delirium in Medical In-Patients: A systematic literature review. *Age and Ageing*, 35(4), 350-364.

Société canadienne de l'Alzheimer (2010). *Rising tides: The impact of dementia on Canadian society*. Toronto: Canadian Alzheimer Society.

- Thiercelin, N., Lechevalier, Z. R., Rusch, E. et Plat, A. (2012). Facteurs de risque du *delirium tremens*: revue de la littérature. *La revue de médecine interne*, 33, 18-22.
- Thorpe, L. (2008). Dépressive syndrome in Alzheimer's disease. Dans S. Gauthier (éd.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3^e éd., p. 159-164). New York: Informa Healthcare.
- Turkel, S. B. et Tavaré, C. J. (2003). Delirium in Children and Adolescents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 431-435.
- Van Lancker, D. R., Cummings, J. L., Kreiman, J. et Dobkin, B. H. (1988). Phonagnosia: A dissociation between familiar and unfamiliar voices. *Cortex*, 24, 195-209.
- Volicer, L. (2008). Terminal Stage. Dans S. Gauthier (éd.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3^e éd., p. 247-256). New York: Informa Healthcare.
- Wenk, G. L. (2003). Neuropathologic changes in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 7-10.
- ## CHAPITRE 16
- Abracen, J. et Looman, J. (2004). Issues in the treatment of sexual offenders: Recent developments and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 229-246.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris: Elsevier-Masson.
- André, S. (2008). *Qu'est-ce que la pédophilie?* Bruxelles: Luc Pire.
- Augst-Merelle, A. (2006). *Changer de sexe: identités transsexuelles*. Paris: Le Cavalier bleu.
- Bach, A. K., Wincze, J. P. et Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. Dans D. H. Barlow (éd.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3^e éd.). New York: Guilford Press.
- Baker, A. et al. (1993). The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237-238.
- Bancroft, J. et al. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297.
- Barabee, H. E. et Seto, M. C. (1997). Pedophilia: Assessment and treatment. Dans D. R. Laws et W. O'Donohue (éd.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (p. 175-193). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. et Stewart, S. H. (2009). *Abnormal psychology, an integrative approach* (2^e éd.). Toronto: Nelson Education.
- Beck, J. G. (1993). Vaginismus. Dans W. O'Donohue et J. H. Geer (éd.), *Handbook of sexual dysfunction: Assessment and treatment* (p. 381-397). Boston: Allyn & Bacon.
- Binik, Y. M., Bergeron, S. et Khalife, S. (2000). Dyspareunia. Dans S. R. Leiblum et R. C. Rosen (éd.), *Principles and practice of sex therapy* (3^e éd., p. 154-180). New York: Guilford Press.
- Blanchard, R. et Steiner, B. W. (éd.). (1990). *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bradford, J. (1997). Medical interventions in sexual deviance. Dans D. R. Laws et W. O'Donohue (éd.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (p. 449-464). New York: Guilford Press.
- Bradley, S. J. et Zucker, K. J. (1997). Gender identity disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 872-880.
- Briki, M. (2009). *Psychiatrie et homosexualité*. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté.
- Campo, J. et al. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among Dutch psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1332-1336.
- Carroll, R. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 128-136.
- Carroll, R. A. (2000). Assessment and treatment of gender dysphoria. Dans S. R. Leiblum et R. C. Rosen (éd.), *Principles and practice of sex therapy* (3^e éd., p. 368-397). New York: Guilford Press.
- Cohen-Kettenis, P. (2005). Gender change in 46, XY persons with 5-alpha-reductase-2 deficiency and 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 399-410.
- Cole, C. et al. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 13-26.
- Cole, S. et al. (2000). *Issues of transgender. Psychological perspectives on human sexuality*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Couture, M. et Proulx, I. (2014). Le trouble hypersexuel. *Psychologie Québec*, 31. Repéré à www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mars2014_Dossier05_Couture_Proulx.pdf
- Czermak, M. et al. (1996). *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme*. Paris: Association freudienne internationale, coll. «Le discours psychanalytique».
- Davis, S. R. et al. (2005). Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *Journal of the American Medical Association*, 294, 91-96.
- De Cuyper, G. et al. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 679-690.
- Docter, R. F. et Prince, V. (1997). Transvestism: A survey of cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 589-605.
- Dortier, J.-F. (2012). Nos cinq sexes. *Sciences humaines*, 30-33.
- Frignet, H. (2000). *Le transsexualisme*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Goldstat, R. et al. (2003). Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause*, 10, 390-398.
- Goldstein, I. et al. (éd.). (2006). *Female sexual dysfunction*. New York: Parthenon.
- Green, R. (1987). *The "Sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Groupe d'étude sur la transidentité. (2010). *Accueillir les personnes transidentitaires*. Repéré à www.transidentite.fr/fichiers/medicweb.pdf
- Haake, P. et al. (2003). Acute neuroendocrine response to sexual stimulation in sexual offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 265-271.
- Hawton, K. (1995). Treatment of sexual dysfunctions of sex therapy and other approaches. *British Journal of Psychiatry*, 167, 307-314.
- Heiman, J. R. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence. Etiological factors and treatments. *The Journal of Sex Research*, 39, 73-78.
- Heylens, G. et al. (2012). Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 751-757.
- Hordé, P. (2015). Sexologie - Qui et Quand? *Le journal des femmes*. Repéré à <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/contents/408-sexologie-qui-et-quand>
- Kafka, M. P. (2003). Sex offending and sexual appetite: The clinical and theoretical relevance of hypersexual desire. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 47, 439-451.
- Kafka, M. P. (2008). Neurobiological processes and comorbidity in sexual deviance. Dans D. R. Laws et W. T. O'Donohue (éd.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2^e éd., p. 571-593). New York: Guilford Press.
- Kim, E. D. et Lipschultz, L. I. (1997, 15 avril). Advances in the treatment of organic erectile dysfunction. *Hospital Practice*, 101-120.
- Langis, P. et Germain, B. (2009). *La sexualité humaine*. Saint-Laurent: ERPI.
- Lawrence, A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 299-316.
- Lawrence, A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 147-166.
- Laws, D. R. et O'Donohue, W. T. (2008). *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Lee, J. K. P. et al. (2002). Developmental risk factors of sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, 26, 73-92.
- Leiblum, S. R. et Rosen, R. C. (éd.). (2000). *Principles and practice of sex therapy* (3^e éd.). New York: Guilford Press.
- Levy, S. et Valente, S. M. (2003). *Human sexuality*. Sunderland: Sinauer Associates.
- Lopès, P. et Poudat, F.-X. (2007). *Manuel de sexologie*. Paris: Elsevier Masson.
- LoPiccolo, J. et Stock, W. E. (1987). Sexual function, dysfunction and counselling in gynecological practice. Dans Z. Rosenwaks, F. Benjamin et M. L. Stone (éd.), *Gynecology*. New York: Macmillan.
- Maletzky, B. M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park: Sage.
- Marshall, W. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. Dans D. R. Laws et W. T. O'Donohue (éd.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (p. 152-174). New York: Guilford Press.
- Masters, W. H. et Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. H. et Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. New York: Bantam Books.
- Meana, M. et Nunnink, S. (2006). Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *The Journal of Sex Research*, 43, 59-68.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1999). *Bien vivre son orientation sexuelle: Les hommes et l'homosexualité et les femmes et l'homosexualité*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-302-01F.pdf> et <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-302-01F.pdf>
- Murphy, W. D. et Page, I. J. (2008). Exhibitionism, psychopathology and theory. Dans D. R. Laws et W. T. O'Donohue (éd.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2^e éd., p. 61-75). New York: Guilford Press.
- Nevid, J., Rathus, S. et Greene, B. (2011). *Psychopathologie, une approche intégrée*. Adaptation française de M.-É. Huberdeau et al. Saint-Laurent: ERPI.
- Nicolosi, A. et al. (2006). Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the global survey of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 331-342.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). Defining sexual health report of a technical consul-

- tation on sexual health. Dans *Sexual Health Document Series*. (2002, 28-31 janvier). Genève: OMS. Repéré à www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Pridal, C. G. et LoPiccolo, J. (2000). Multi-element treatment of desire disorders: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. Dans S. R. Leiblum et R. C. Rosen (éd.), *Principles and practice of sex therapy* (3^e éd., p. 57-81). New York: Guilford Press.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M. et Khalife, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 261-274.
- Renaud, C. A. et Byers, E. S. (2001). Positive and negative sexual cognitions: Subjective experience and relationships to sexual adjustment. *Journal of Sex Research*, 38, 252-262.
- Roscoe, W. (1991). *The Zuni Man-Woman*. New Mexico: University of New Mexico Press.
- Rosen, R. C. (2000). Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. Dans S. R. Leiblum et R. C. Rosen (éd.), *Principles and practice of sex therapy* (3^e éd., p. 276-304). New York: Guilford Press.
- Ross, M. W. et al. (1981). Cross-cultural approaches to transsexualism: A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 75-82.
- Samenow, C. P. (2010). A biopsychosocial model of hypersexual disorder/sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 69-81.
- Segraves, R. T. et Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. Dans P. E. Nathan et J. M. Gorman (éd.), *A guide to treatments that work* (p. 447-471). New York: Oxford University Press.
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children*. Washington: American Psychological Association.
- Simons, J. S. et Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 177-219.
- Stein, M. T., Zucker, K. et Dixon, S. D. (2001). Sammy: Gender identity concerns in a 6-year-old boy. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 22, 43-47.
- Stoller, R. J. (1969). Parental influences in male transsexualism. Dans R. Green et J. Money (éd.), *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stoller, R. J. (1976). Two feminized male American Indians. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 529-538.
- Thibault, F. (2008). Le cerveau pédophile. *Cerveau et psychologie*, 26, p. 82-84.
- Trudel, G. (2005). *Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique* (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Van Goozen, S. H. M. et al. (2002). Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral Neuroscience*, 116, 982-988.
- Waismann, R. et al. (2003, avril). EEG responses to visual erotic stimuli in men with normal and paraphilic interests. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 135-144.
- Waldinger, M. D., Zwiderman, A. H. et Olivier, B. (2001). Antidepressants and ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled, fixed dose study with paroxetine, sertraline and nefazodone. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 293-297.
- Wang, C. et al. (2004). Long-term testosterone gel (AndroGel) treatment maintains beneficial effects on sexual function and mood, lean and fat mass, and bone mineral density in hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89, 2085-2098.
- Wiegel, M., Wincze, J. P. et Barlow, D. H. (2001). Assessment, treatment planning, and outcome evaluation for sexual dysfunction. Dans M. M. Manthony et D. H. Barlow (éd.), *Handbook of assessment, treatment planning, and outcome evaluation: Empirically supported strategies for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Wincze, J. P. et Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J. (2005a). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 467-492.
- Zucker, K. J. (2005b). Gender identity disorder in girls. Dans D. J. Bell, S. L. Foster et E. J. Mash (éd.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls: Issues in clinical child psychology* (p. 285-319). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Zucker, K. J. (2008, septembre). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 358-364.
- Zucker, K. J. et Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J. et Bradley, S. J. (2004). Gender identity and psychosexual disorders. Dans J. M. Wiener et M. K. Dulcan (éd.), *The American psychiatric publishing textbook of child and adolescent psychiatry* (3^e éd., p. 813-835). Washington: American Psychiatric Publishing.

CHAPITRE 17

- Ambrosini, D. L. et al. (2008). Perceptions of psychiatric advance directives among legal and mental health professionals in Ontario and Quebec. *Journal of Ethics in Mental Health*, 3, 1-12.
- Bédard, D. (2007). Acquis importants en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 25, 11-15. Repéré à http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=276
- Bérubé, L. et Brunet, L. (1989). *L'expertise psychologique. Balises méthodologiques et déontologiques*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et établissements*. Montréal: Saint-Martin.
- Camirand, L. et Nanhou, G. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Cardinal, C. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec: 1961-1996. Dans H. Dorvil et al. (éd.), *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (p. 105-180). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Collectif Action Autonomie. (2005). *Document synthèse: des libertés bien fragiles*. Repéré à www.action-autonomie.qc.ca/Synthese_Nov.2005.htm
- Collins, A. (1988). *The sleep room: The story of the CIA brainwashing experiments in Canada*. Toronto: Lester & Orpen Dennys.
- Comité Pare-chocs. (2010). L'utilisation des électrochocs: plus près de chez nous que l'on pense. *Info choquée*, 3, 1-3.
- Côté, G. (2001). De la dangerosité à l'évaluation du risque. *Criminologie*, 34, 31-45.
- Crocker, A. G. (2009). La santé mentale et la loi: enjeux éthiques, scientifiques et organisationnels. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 7-20. Repéré à www.santementaleauquebec.ca/spip.php?article500
- Daigle, M., Labelle, R. et Côté, G. (2006). The suicide risk assessment scale for prisoners. *Actes de la 39^e conférence annuelle de l'American Association of Suicidology*, 28 avril au 1^{er} mai, 50-51.
- Douglas, Institut universitaire en santé mentale. (2011). *Commettre un délit quand on est atteint d'une maladie mentale*. Repéré à www.douglas.qc.ca/info/commettre-delit
- Douglas, K. S., Oglloff, J. R. P. et Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Douglas, K. S. et Webster, C. D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 3-19.
- Fakhourya, W. et Priebea, S. (2007). Deinstitutionalization and institutionalization: Major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 8, 313-316.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Gélinas, L. (1994). The new rights of persons held in psychiatric institutions following the commission of a criminal offence: The Criminal Code revised and corrected. *Canada's Mental Health*, 42, 10-16.
- Gervais, L.-M. (2009, 16 avril). La loi sur l'hospitalisation forcée est jugée inadéquate. *Le Devoir*.
- Gouvernement du Québec. (2011). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui*. Repéré à www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_38_001/P38_001.html
- Hochmann, J. (2011). *Histoire de la psychiatrie*. Paris: PUF, coll. «Que sais-je?».
- Krasnov, V. N. et Gurovitch, I. (2012). History and current condition of Russian psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 24, 328-333.
- Mensongepsy. (2010). *Les artistes en danger, ou la psychiatrie et les artistes*. Repéré à www.mensongepsy.com/fr/?p=3495
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Mouchet, M. C. (2003). La contention: pourquoi faire et surtout ne pas faire? *Soins gériatrie, 05-06(41)*, 41-45.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014). *Mental health Atlas*. Genève: OMS.
- Perlin, M. (2000). *The Hidden prejudice: Mental disability on trial*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Protecteur du citoyen. (1997). *Les «Enfants de Duplessis»: à l'heure de la solidarité. Document de réflexion et de consultation pour fins de décision*. Québec: Éditeur de l'Assemblée nationale.
- Roy, S. (1995, automne). L'itinérance: forme exemplaire d'exclusion sociale? *Lien politique et social*, 34, 73-80.
- Shaffer, D. K., Kelly, D. et Lieberman, J. (2011). An exemplar based approach to risk assessment: Validating the risk management systems instrument. *Criminal Justice Policy Review*, 22, 67-86.
- Shorter, E. (1997). *A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Stroman, D. (2003). *The disability rights movement: From deinstitutionalization to self-determination*. Washington, DC: University Press of America.
- Swain, G. (1997). *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris: Calmann-Lévy.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Tregenza, M. (2011). *Aktion T4*. Paris: Calmann-Lévy.

CRÉDITS ICONOGRAPHIQUES

COUVERTURE

SergeBertasiusPhotography/Shutterstock.com

CHAPITRE 1

p. 1 Victor Tongdee/Shutterstock.com; p. 3 Goran Bogicevic/Shutterstock.com; p. 8 alantobey/iStockphoto; p. 16 SSPL/Getty Images; p. 18 Buyenlarge/Archive photos/Getty Images; p. 20 Bibliothèques et archives nationales du Québec; p. 23 Hans Casparius/Stringer/hulton Archive/Getty Images; p. 25 Poike/iStockphoto; p. 29 (souris) MastakA/Shutterstock.com (cloche) losw/Shutterstock.com (bébé) Wenpei/Shutterstock.com; p. 31 Sam Falk/ Science Source

CHAPITRE 2

p. 39 Lystopad5/Shutterstock.com; p. 44 MNStudio/Shutterstock.com; p. 51 PATRICK LANDMANN/SCIENCE PHOTO LIBRARY; p. 52 (gauche) Drs. John Mazziotta and Michael Phelps/ David Geffen School of Medicine at UCLA (droite) Science Source/Getty Images; p. 62 MANDY GODBEHEAR/Shutterstock.com; p. 68 ftwitty/iStockphoto

CHAPITRE 3

p. 77 TairA/Shutterstock.com; p. 79 Courtoisie Corey Keyes; p. 85 Courtoisie Simon Grégoire; p. 89 Courtoisie David-Emmanuel Hatier; p. 90 (1^{re} image) Antonio Guillem/Shutterstock.com (2^e image) Solis Images/Shutterstock.com (3^e image) Monkey Business Images/Shutterstock.com (4e image) Stokkete/Shutterstock.com (5^e image) Corepics VOF/Shutterstock.com; p. 94 Courtoisie Kristin Neff; p. 96 Antonio Guillem/Shutterstock.com; p. 103 Courtoisie Jacques Forest

CHAPITRE 4

p. 109 SSokolov/Shutterstock.com; p. 111 Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 112 Photophee.eu/Shutterstock.com; p. 113 HBO/ The Kobal Collection at Art Ressource; p. 118 MadamSaffa/Shutterstock.com; p. 119 Lewis J. Merrim/Science Source; p. 127 CD Corel

CHAPITRE 5

p. 133 Victor Tongdee/Shutterstock.com; p. 135 luxorphoto/Shutterstock.com; p. 137 The Canadian Press Images-Mario Beauregard;

p. 145 Ivan Cholakov/Shutterstock.com; p. 148 © Alain Huot; p. 153 kitty/Shutterstock.com; p. 161 © Julie Saindon

CHAPITRE 6

p. 163 zaozaa19/Shutterstock.com; p. 165 © Pascal Ratthé; p. 170 Migel/Shutterstock.com; p. 178 kontur-vid/Shutterstock.com; p. 179 The Canadian Press - Darren Calabrese; p. 185 Courtoisie Frédéric Dionne; p. 186 Stéphane Bouchard/ Laboratoire de cyberpsychologie de l'UQO

CHAPITRE 7

p. 191 Victor Tongdee/Shutterstock.com; p. 193 Fred Lum/The Globe and Mail; p. 199 GARO/phanie/Phanie Sarl/Corbis; p. 200 emdr.com

CHAPITRE 8

p. 203 hikrcn/Shutterstock.com; p. 205 United Archives GmbH/Alamy Stock Photo

CHAPITRE 9

p. 217 TraXXe/Shutterstock.com; p. 218 Wikimedia Commons; p. 219 Gracieuseté de Luc Vigneault; p. 221 Vlue/Shutterstock.com; p. 224 MARKA/ Alamy Stock Photo; p. 227 La nuit de la poésie 27 mars 1970 ©1970 Office national du film du Canada. Tous droits réservés; p. 228 BIU Santé Paris; p. 230 cinoby/iStockphoto; p. 238 Radharani/Shutterstock.com; p. 239 Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 240 CP Picture Archive/Str.; p. 242 Collection Les Impatients

CHAPITRE 10

p. 245 Vladimir Sazonov/Shutterstock.com; p. 256 Peter/Barrit/Alamy; p. 257 2006 Ulf Andersen/Getty Images; p. 265 g-stockstudio/Shutterstock.com; p. 267 StockLite/Shutterstock.com; p. 268 Dominique Aubert/AFP/Getty Images; p. 271 Bianca Lam

CHAPITRE 11

p. 273 Yuri_Arcurs/iStockphoto; p. 275 antoniodiaz/Shutterstock.com; p. 277 Pe3k/Shutterstock.com; p. 289 Photophee.eu/Shutterstock.com; p. 290 The Journal of Neuroscience, 21(23):9414-9418, 2001; p. 294 zlisjak/iStockphoto; p. 297 The Canadian Press/

Darryl Dyck; p. 300 David Harry Stewart/Image Bank/Getty Images

CHAPITRE 12

p. 307 VeryUlissa/Shutterstock.com; p. 308 Photophee.eu/Shutterstock.com; p. 315 AMELIE-BENOIST/BSIP/BSIP/Corbis; p. 320 David Kirouac. Photophee; p. 321 Photo Annik MH de Carufel; p. 322 Zoonar RF/Thinkstock; p. 324 Charles Morin

CHAPITRE 13

p. 331 Ruslan Mitin/Shutterstock.com; p. 333 Andrey_Popov/Shutterstock.com; p. 334 Wikimedia Commons; p. 338 mangostock/Shutterstock.com; p. 344 Dave J Hogan/Getty Images; p. 346 Julie Saindon; p. 352 Paul Connely/Istockphoto

CHAPITRE 14

p. 355 Zurijeta/Shutterstock.com; p. 357 Dean Mitchell/Istockphoto; p. 363 Rossario/Shutterstock.com; p. 364 Slobodan Vasic/Istockphoto; p. 367 Linda Epstein/Istockphoto; p. 369 Gérard Julien/AFP/Getty Images; p. 373 © AMEIPH; p. 375 Forster Forest/Shutterstock

CHAPITRE 15

p. 379 Balazs Kovacs Images/Shutterstock.com; p. 381 Photo Pierre Dury; p. 387 © Jean Grothé; p. 388 Photo Jacques Grenier - Le Devoir; p. 393 CEA - ORSAY/CNRI/SCIENCE PHOTO LIBRARY; p. 394 Photo Jacques Nadeau - Le Devoir; p. 395 © Gilles Beauchamp; p. 397 Gracieuseté de Baluchon Alzheimer

CHAPITRE 16

p. 399 triocean/Shutterstock.com; p. 405 National Anthropological Archives/Smithsonian Institution [OPPS NEG 85-8666]; p. 407 Photos courtoisie de Daniel Greenwald, MD - Tampa FL USA; p. 418 Niko Guido/Istockphoto; p. 421 IMNATURE/Istockphoto; p. 424 Steve Shepard/Istockphoto

CHAPITRE 17

p. 429 patronestaff/Shutterstock.com; p. 430 © Julie Saindon; p. 432 David Crausby/ Alamy Stock Photo; p. 435 Photo Jacques Grenier - Le Devoir; p. 436 Bibliothèque et Archives Canada/C-088566; p. 438 Michael Warwick/Shutterstock.com; p. 445 Le Nouvelliste

INDEX

A

Abattement, voir Dépression, Trouble dépressif
 Abus de substance, voir Usage abusif
 Acarophobie, 178
 Acceptance and commitment therapy (ACT), voir Thérapie d'acceptation et d'engagement
 Acceptation 9, 26, 33, 35-36
 Accès hyperphagiques, **310**, voir aussi Hyperphagie critères diagnostiques, 311
 Accident vasculaire cérébral (AVC), **388**
 Accomplissement, 91
 Accouchement, voir Trouble dépressif avec début lors du post-partum
 Acrophobie, 178
 Acétylcholine (ACh), 56
 Acide gamma aminobutyrique (GABA), 56, 183
 Acte réservé, **13**
 Actualisation de soi, **26**, 27
 Adaptation, 5, 8, 13, 37, 73
 Adéquation, **268**
 Adler, Alfred, 25
 ADN, 46
 Aérophobie, 178
 Agent stressant, voir Stresseur
 Agnosie, **391**
 des visages, **391**
 Agoniste, **294**
 Agoraphobie, **168-171**
 critères diagnostiques, 170
 description clinique, 168-169
 facteurs de risque, 171
 prévalence, 171
 Aidant naturel, **395**
 Aire
 de Broca, 51, 227
 de Wernicke, 51
 motrice, 51
 somesthésique, 51
 visuelle, 51
 Alcool, 274-276, 279-285, 287-289, 295, 300, voir aussi Dépressur
 Aliéné, **21**
 Alliance thérapeutique, **112**
 Alogie, **230**
 Altération, 2, 4-5
 de fonctionnement, 6-7
 Alzheimer, Alois, 390
 Aménorrhée, **314**
 Amnésie dissociative, 348-349
 critères diagnostiques, 349
 Amphétamines, 282
 Amygdale, 48-49
 Anamnèse, **113**
 Angoisse, **164**
 Anhédonie, 136, **231**
 Anorexie, voir Anorexie mentale
 Anorexie mentale, 9, 309-
310, 312-314
 critères diagnostiques, 313
 traitement, 321-322
 Anoxie, **372**
 Antagoniste, **295**
 Anticonvulsifs, 158
 Antidépresseurs, **56-57**, 157, 326
 Antipsychiatrie, **18**, 436-437
 Antipsychotique, **56-57**, 240
 Antiquité, 16, 18, 20

Anxiété, 146-147, **164**, voir aussi Anxiété généralisée, Anxiété sociale
 Anxiété de séparation, **175**
 Anxiété généralisée, **172-175**
 critères diagnostiques, 173
 description clinique, 172-173
 facteurs de risque, 174
 modèle intégratif, 175
 suicide
 prévalence, 174
 Anxiété sociale, 180
 critères diagnostiques, 181
 description clinique, 180-182
 facteurs de risque, 182
 prévalence, 182
 Anxiolytique, **56-57**, 284
 Apathie, **230**
 Aphasie, **391**
 Apnée du sommeil, **326**
 Appréhension, voir Anxiété
 Apprentissage social, **30**
 Approche, voir aussi Modèle, Thérapie
 behavioriste, **28**, 29-32, 36
 biopsychosociale, **40**, 243, voir aussi Approche intégrée
 cognitive, **30**, 32-33, 36
 cognitive comportementale, 296-297
 comportementale, voir Approche behavioriste
 de la prévention des rechutes, 297
 intégrée, 34, 36, **40**, 293
 interactionniste, voir Approche intégrée
 humaniste, **26**, 27-28, 36
 médicale, 13
 motivationnelle, 296
 psychanalytique, **22-26**, 35-36, 38
 psychodynamique, voir Approche psychanalytique
 psychologique, 13
 systémique, voir Approche intégrée
 Apraxie, **391**
 Art-thérapie, 353
 Asexualité, **411**
 Asile, **16**, 433, voir aussi Hospitalisation psychiatrique
 Association libre, **25**
 Astraphobie, 178
 Attachement, **268**
 Attaque de panique, **165**, voir aussi Panique, Trouble panique
 Autisme, voir Trouble du spectre de l'autisme
 Autiste de haut niveau, **369**
 Autocompassion, **94-97**
 craintes, 96-97
 dimensions, 95
 échelle selon Neff, 95
 Autocontrôle (évaluation et stratégie), 298
 Autodiagnostic, 122
 Automédication, **291**
 Automutilation, **259**
 Autonomie des personnes handicapées intellectuellement, 373
 Aversion sexuelle, **411**
 Avolition, **230**
 Axone, 53-54

B

Baby blues, voir Trouble dépressif avec début lors du post-partum
 Bandura, Albert, 30
 Beck, Aaron T., 32, 155
 Behaviorisme, voir Approche behavioriste
 Bénéficiaires, **437**
 Benzodiazépines, **184**, 326
 Berdache, 405
 Besoin
 d'affiliation sociale, 104
 d'autonomie, 103
 de compétence, 104
 Pyramide de Maslow, 27
 Bien-être, 86, voir aussi Bonheur, Épanouissement psychosocial
 modèle PERMA, 90-92
 Bienveillance envers soi-même, 95, voir aussi Autocompassion, Autocompassion échelle selon Neff
 Bigorexie, **315**
 Binet, Alfred, 119
 Biofeedback, **68**
 Bipolarité, voir Trouble bipolaire
 Bleuler, Eugen, 220
 Bonheur, 86, 102, voir aussi Bien-être, Épanouissement psychosocial
 débats selon la perspective, 87-88
 perspective hédonique, **86**
 perspective eudémonique, **87**
 Bouchard, Stéphane, 185
 Boulimie, **310-312**, voir aussi Accès hyperphagiques
 critères diagnostiques, 312
 traitement, 321
 Breuer, Josef, 22, voir aussi Catharsis
 Bulbe rachidien, 48-49, voir aussi Tronc cérébral

C

Ca, **23**
 Caféine, 283
 Caractéristiques sexuelles primaires, **404**
 secondaires, **404**
 Carle, Gilles, 381
 Catalepsie, **228**
 Cataplexie, **325**
 Catatonie, **228-229**
 types, 229
 Catharsis, **22**
 Centre d'hébergement, 438
 Cerveau, 48-49, 52-53, 57, voir aussi Encéphale
 accident vasculaire cérébral, 388
 activité chez les personnes âgées, 393
 activité électrique, 52-54
 dégénérescence, 388
 imagerie, 52
 lésion, 49, 51
 maladies dégénératives, 388-389
 réseau de connexions, 53
 rétablissement après abstinence, 290
 Cervelet, 48-49, voir aussi Encéphale
 Circuit de la récompense, **289**

Changement chirurgical de sexe, **407**
 Charcot, Jean, 22, 334
 Children's Apperception Test (CAT), voir Test projectif
 CHSLD (centres d'hébergement et de soins de longue durée), 395-396
 Clinicien
 caractéristiques, 123
 définition, 111
 Clomipramine, 209
 Cocaine, 282, 285
 Codes d'éthique, 437
 Cognition, **40**, 58
 sociale, **241**
 Commission d'examen des troubles mentaux, **442**
 Communautés thérapeutiques, 299
 Comorbidité, **111**, 266, 276
 Compassion envers soi-même, 94, voir aussi Autocompassion
 Compensation, 24
 Comportement 59
 anormal, 14-16, 21, voir aussi Trouble psychologique
 moteur désorganisé, 228
 purgatif, voir Accès hyperphagiques
 Compulsion, **204**
 exemples, 206
 sexuelle, 411-412, voir aussi Hypersexualité, Trouble hypersexuel
 Concept de soi, **269**
 Conditionnement classique, **28-29**
 instrumental, **30**, voir aussi Conditionnement opérant
 opérant, **30**, voir aussi Conditionnement instrumental
 Confusion, **381**
 Consentement libre et éclairé, **437**
 Considération positive inconditionnelle, **26-27**, 35, 38
 Consommation de substance, 275-301
 Contamination, voir Obsession exemples
 Contention, **19**
 Corps calleux, 48-49, voir aussi Cerveau
 image, 315-320
 Cortex cérébral, 48-49, 51
 Cortisol, **152**
 Crainte excessive d'avoir une maladie, **336-338**
 critères diagnostiques, 337
 description clinique, 336
 facteurs de risque, prévalence et traitement, 338
 Critique
 approche behavioriste, 31
 approche cognitive, 34
 approche humaniste, 28
 approche psychanalytique, 25-26
 Croyance, 5, 14, 15, 16, 32
 fautive, 21, 32-33, 36, 38
 irrationnelles, 69-71
 Curatelle publique, **434**

Cure
 de désintoxication, 294
 fermée, 433, 437, **438-441**
 Cyberdépendance, **303**
 Cybersexe, 411
 Cycle
 de la réponse sexuelle, 409
 menstruel, voir Aménorrhée
 Cyclothymie, **142**
 Cyrulnik, Boris, 126, 197

D

Dallaire, Roméo, 193
 Diagnostique, **13**
 effets, 126-128
 effets positifs, 126-127
 effets négatifs, 127-128, voir aussi Étiquetage
 Décompensation, **219**
 Déficent mental, voir Malade Mental
 Delirium voir État confusionnel (delirium)
 Démence alcoolique, **280-281**, voir aussi Syndrome de Korsakof
 Démence du boxeur, 388, voir aussi TNC (Trouble neurocognitif) majeur
 attribuable à une lésion cérébrale traumatique
 Dendrite, 53-55
 Dési, 24
 Dépendance, **274-304**, 312, voir aussi Toxicomanie, Trouble addictif
 facteurs de risque, 288-293
 intervention et traitement, 293-300
 liées à des activités, 301-304
 phénomènes liés, 286
 sexuelle, 411-412, voir aussi Hypersexualité
 statistiques, 287
 substance, voir Trouble addictif, Trouble de l'usage d'une substance
 Dépersonnalisation, **347**
 Dépistage, **12**
 Déplacement, 24
 Dépressur, 280-282
 Dépression, **134**, 146, voir aussi Trouble dépressif
 Déréalisation, **347**
 Désensibilisation systématique, **184**
 Désinhibition, **280-281**
 Désinstitutionnalisation, **438**
 Désintoxication, voir Cure de désintoxication
 Désir (sexuel), 408-418
 Désirabilité sociale, **415**
 Déterminisme, **19**
 Deuil, 137
 Diminution du désir sexuel chez l'homme, **411**
 Dionne, Frédéric, 185
 Dissociation, **344**
 Distorsion cognitive, 32-33, 36, 38
 Dopamine, 56-57
 Double standard sexuel, **416**
 Drogue, 274-275, 281-282, 284-287, 289-295, 297, 299, 303
 DSM, 123-126, 166, 169, 172, 176, 180

- Dyscalculie, **375**
 Dysfonction sexuelle, **408**
 description clinique, 408-414
 facteurs de risque, 415-417
 interventions et traitement, 417-418
 tableau récapitulatif, 410
 statistiques, 410, 415
 Dysfonctionnement, 5
 cognitif, 5
 comportemental, 6
 émotif, 5
 Dysgraphie, **375**
 Dyslexie, **374**
 Dymorphie, **209**
 Dysorthographe, **375**
 Dyspareunie, **413**
 Dysphorie, **280**
 Dysphorie de genre, **401**
 critères diagnostiques, 403-404
 description clinique, 401-405
 différences culturelles, 405
 facteurs de risque, 405-406
 interventions et traitement, 406-407
 statistiques, 405
 Dyspraxie, 377
 Dysthymie, 140, voir aussi Trouble dépressif persistant
- E**
 Échelle de l'autocompassion selon Neff, 95
 Écho, 256
 Écholalie, **229**
 Échopraxie, **229**
 Ecstasy (MDMA), 282
 Éducation spécialisée, **376**, voir aussi Psycho-éducation
 Effet d'interaction, **280**
 Éjaculation prématurée, **413**
 Éjaculation retardée, **413**
 Electroconvulsothérapie (ECT), **19**
 Electroencéphalographie (EEG), **52**
 Ellis, Albert, 27-28
 EMDR, voir Traitement d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
 Émétrophobie, 178
 Emminghaus, Hermann, 11
 Émotion, 57-58
 positive, 90, 101
 Émoussement affectif, **230**
 Encéphale, 48-49, 52
 Enchevêtrements neurofibrillaires, **390**
 Endorphine, 56
 Enfants soldats, 268
 Engagement, 90
 Entomophobie, 178
 Entrevue
 clinique, **112-113**, 115
 non structurée, **114**
 semi-structurée, **114**
 structurée, **114**
 Environnement social, 292
 Épanouissement psychosocial, **79**, 80-82
 critères diagnostiques, 80
 effets positifs, 100-104
 Épidémiologie, **12**
 Épisode dépressif caractérisé, voir Épisode dépressif majeur
 Épisode dépressif majeur, **135**
 critères diagnostiques, 136
 Épisode hypomaniaque, **142**
 Épisode maniaque, **136**
 critères diagnostiques, 138
 Équilibre psychique, 3
 Éreutrophobie, 178
 Ergothérapie, **376**
 Erikson, Erik H., 64
 Erickson, Milton, 352-353
 Estime de soi, 92-93, 136, 138, 141, 143, 145-146, 159, 316, 319-321, voir aussi Pyramide des besoins de Maslow limites, 92-93
 État confusionnel (delirium), **276**, 380-386
 critères diagnostiques, 382
 description clinique, 381-384
 facteurs de risque et traitements, 385-386
 prévalence, 384
 État dissociatif, voir Dissociation, Trouble dissociatif
 Éthique, 429-445
 règles dans le traitement des maladies mentales, 444-446
 responsabilité des professionnels de la santé mentale, 443-444
 système judiciaire, 441-444
 Ethnopsychiatrie, **8**
 Étiologie, **11**
 approche behavioriste, 31
 approche cognitive, 33
 approche humaniste, 26
 approche psychanalytique, 25
 modèle biologique, 16-18
 modèle psychologique, 21
 modèle surnaturel, 15
 Étiquetage, **127-129**
 expérience de Rosenhan, 128
 Étiquettes, voir Étiquetage
 Euphorie, 134-135, voir aussi Hypomanie, Manie, Trouble bipolaire
 Évaluation
 fonctions cognitives, voir Test neuropsychologique
 fonctions exécutives, voir aussi Test neuropsychologique
 multiaxiale, voir DSM
 Évaluation clinique, 109-132
 limites 121-123
 sources d'information 112-121
 Événement traumatique, **192**
 Évitement cognitif, **174**
 Évolution, **12**
 Examen mental, 114-117
 Excitation (sexuelle), 409-412
 Exhibitionnisme, 420-421
 Exorcisme, **16**
 Expérience religieuse, 333
 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), voir Traitement d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
- F**
 Facteur
 biologique, 40-41, 43-45, 293
 biopsychosociaux, 319
 contrôle, 298
 culturel, 62
 déclencheur, **41-42**
 de maintien, **41**
 de protection, **41-42**
 de risque, **41-42**
 externe, 42-43
 interaction de, 40-41, 46, voir aussi Approche intégrée
 interne, 42-43
 interpersonnel, 62
 précipitant, **41-42**
 prédisposant, **41**
 psychologiques, 40-41, 43-44, 57, 293
 sociaux, 40-41, 43, 44-45, 59, 62-63, 293
 Famille, 274, 292, 365
 Fatigue, 136, 139, 283
 Fausse croyance, voir Croyance
 Fétichisme, 420-421
 Fidélité, **117**
 Fixation, **24**
 Flexibilité psychologique, **82**
 Folman, Ari, 344
 Forces de caractère, 97-99
 classification, 98
 résultats des recherches, 99
 Forest, Jacques, 103
 Formation réactionnelle, 24
 Formation réticulée, 48-49, voir aussi Tronc cérébral
 Foucault, Michel, 19
 Freeman, Walter, 19
 Freud, Anna, 23
 Freud, Sigmund, 22-23, 334
 Frotteurisme, 420-421
 Fugue dissociative, **349**
- G**
 GABA, voir Acide gamma aminobutyrique (GABA)
 Galton, Francis, 432
 Gamma-hydroxybutyrate (GHB), 282, 284
 Garde autorisée, **439**
 Garde préventive, **439**
 Garde provisoire, **439**
 Gauthreau, Claude, 227
 Gènes, 45-47, 236, voir aussi Génétique
 Génétique 45-47
 définition, 45
 influence, 288-289
 Genre, **401**
 Géophrophobie, 178
 Gestion exécutive, **236**
 GHB, voir Gamma-hydroxybutyrate (GHB)
 Glande, 50
 Glutamate (acide glutamique), 56, 237
 Grégoire, Simon, 85
 Groupes d'entraide, 299-300
 Guerre blessures 346-347
- H**
 Habileté compensatoire, **376**, 395
 Hallucination, **225**
 auditives, 225, 227
 corporelles, 227
 hypnagogique, **326**
 olfactives et gustatives, 226-227
 types, 226
 visuelles, 226
 Hallucinogène, **286**
 Handicap intellectuel, **370-373**
 critères diagnostiques, 371
 description clinique, 370-371
 facteurs de risque, 372-373
 prévalence, 371
 traitement, 373-374
 Hatier, David-Emmanuel, 88-89
 Hémorragie, 388, voir aussi Accident vasculaire cérébral (AVC)
 Héritéité, 235
 Hippocampe, 48-49
 Hippocrate, 17
 Histoire de vie, voir Anamnèse
 Hiver, voir Trouble dépressif à caractère saisonnier
 Hôpital psychiatrique, voir Hospitalisation psychiatrique
 Hormone, 44, 46, 48-50
 de stress, 152
 Hospitalisation psychiatrique, 431-441
 au Québec aujourd'hui, 437-439
 danger, 435-436, 440-441
 histoire, 433-436
 Hughes, Howard, 205
 Hygiène de vie, 67-73
 Hyperactivité, **360**
 Hyperphagie, **308**, voir aussi Accès hyperphagiques
 Hypersexualité, **411**
 Hypervigilance, **249**
 Hypnose, 22
 Hypnothérapie, 352-353
 Hypnotique, **284**
 Hypomanie, **134**, 145
 Hypophyse, 48-50
 Hypothalamus, 48-50, voir aussi Système limbique
 Hystérie, **333**
- I**
 Ichthyophobie, 178
 Idée délirante, **221**
 bizarre, **223**
 de grandeur, **224**
 de jalousie, **224**
 de persécution, **223**
 de référence, **224**
 érotomaniaque, **224**
 nihiliste, **224**
 somatique, **225**
 typologie, 223
 Idée noire, voir Ruminations
 Identification de genre, **401**
 Identité, **345**
 Identité de genre, **401**
 Image, 320, voir aussi Corps image
 Imagerie par résonance magnétique (IRM), **52**
 IMAO, voir Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO)
 Impuissance apprise, **154**
 Impulsivité, **360**
 Inanition, **309**
 Inattention, **360**
 Inconscient, **22**
 Infarctus, 388, voir aussi Accident vasculaire cérébral (AVC)
 Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), 158
 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), 158, 183
 Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), **157**, 183, 208, voir aussi Antidépresseur
 Inquiétude, voir Trouble d'anxiété généralisée (souci)
 Inquisition, **16**
 Insomnie, **322-324**
 critères diagnostiques, 323
 facteurs de risque et prévalence, 323-324
 Institut Pinel, 441
 Intégration, **345**
 Intelligence, 120-121, voir aussi Test d'intelligence
 Intention paradoxale, 328
 Interné, voir Malade mental
 Internement psychiatrique, voir Hospitalisation psychiatrique
 Intersexualité, **405**
 Intolérance à l'incertitude, **174**
 Intoxication, **276**
 Introjection, 24
 IRSN, voir Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
 ISRS, voir Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- J**
 Jacobson, Edmund, 68-69
 Jacques, Sonya, 346
 Janet, Pierre, 343
 Hypnose, 22
 Jeu d'argent pathologique, **301**, voir aussi Dépendance liées à des activités
 critères diagnostiques, 302
 description clinique, 301-303
 facteurs de risque, 303
 interventions et traitements, 303
 Joly, Chantal, 388
 Jumeau identique, **47**
 Jung, Carl, 26
- K**
 Keyes, Corey L.M., 78-81
 Koro, 9
- L**
 Labrèche, Marie-Sissi, 257
 Langage, 218, 391
 appauvrissement, voir Alogie
 désorganisation, 218, 222, 227
 trouble, voir Trouble de la communication
 Lascombe, Patrick, 271
 Laurin, Camille, 240
 Lithium, 158, 161
 Lobe du cerveau, 49, 51
 Lobotomie, **19**
- M**
 Machiavelisme, 253
 Mailloux, Pierre, 445
 Malade mental
 danger, 432-436, 438-442, 444
 extermination (cas éthique extrême), 432
 Maladie d'Alzheimer, 387, **389-390**
 critères diagnostiques, 390
 détérioration des fonctions cognitives, 391
 Maladies dégénératives du cerveau, **389**, voir aussi Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

- Maladie de Parkinson, 388-389
- Maladie mentale
règles éthiques, 444
traitement, 444
- Manie, **134**
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, voir *DSM*
- Maslow, Abraham H., 26-27
- Masochisme sexuel, 420, **422**
- Maturation neuronale, **356**
- MDMA, voir Ecstasy (MDMA)
- Mécanisme de défense, **23**
approche psychanalytique, 24
- Médicaments, 19, 281-282
- Médication, voir Traitement pharmacologique
- Méditation, 72, 85
- Mégalomanie, voir Idée délirante de grandeur
- Mémoire, 391
- Mentalisation, 271
- Mesmer, Anton, 352-353
- Méthamphétamine, 282
- Milieu biologique, 238
- Minceur, voir Corps image
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, voir Test objectif, Test MMPI
- MMPI, voir *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*
- Modelage, **30**
- Modèle, voir aussi Approche biologique, 15-16
biopsychosocial, voir Approche intégrée multidimensionnel, voir Approche intégrée multifactoriel, voir Approche intégrée multifactoriel de la toxicomanie, 293
PERMA, 90-92
psychologique, 15, **21**, 38
surnaturel, 15-16
- Moi, **23**
- Monozygote, voir Jumeau identique
- Morin, Charles M., 324
- Moyen Âge, 15-16, 18
- Musophobie, 178
- N**
- Narcisse, 256
- Narcolepsie, 285, **325-326**
critères diagnostiques, 325
- Neff, Kristin, 94-96
- Négativisme extrême, **228**
- Nelligan, Emile, 436
- Neurofeedback*, **364**
- Neuroleptique, 158
atypique, (de seconde génération), 240, voir aussi Antipsychotique classique (de première génération), 240
effet secondaire, 240
- Neurone, **52-55**, 57
miroir, **368**
structure, 53
- Neurotransmetteur, **53-57**
tableau récapitulatif, 56
- Névrose, **24**
- Nicotine, 277, 283
- Noradrénaline, 56, **152**, 209
- Norme, **356**
- Nosophobie, 178
- Nyctophobie, 178
- O**
- Obsession, 147, **204**
exemples, 205
- Obsession d'une dysmorphie corporelle, **209**, voir aussi Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
critères diagnostiques, 210
description clinique, 209-211
facteur de risque, 211-212
prévalence, 211-212
traitement, 212
- Onirique, **326**
- Opiacés, 281
- Orgasme, 409-410, 412-413
- Orientation sexuelle, **402**
- Orphelins de Duplessis, 435
- Orthopédie, **376**
- Orthophonie, **376**
- Orthorexie, 316
- P**
- Panique, **164**
- Paralyse du sommeil, **326**
- Paranoïa, voir Idée délirante de persécution
- Paraphilie, **419-427**, voir aussi Trouble paraphilique
- Passage à l'acte, **259**
- Pavlov, Ivan, 28, voir aussi Conditionnement classique
- PCP, 237
- Pédophilie, **423**
- Pensée
désorganisation, 227
maîtrise des pensées irrationnelles, 69-71
séquence du trouble obsessionnel-compulsif, 208
- Perception (de la triade dépressive), 155
- Période critique, **40-41**, 356
- Période sensible, voir Période critique
- PERMA, voir Modèle PERMA
- Personnalité, **246**, voir aussi Trait de personnalité, Trouble de la personnalité
- Personnalité antisociale, **259**
critères diagnostiques, 260
- Personnalité borderline, **257**
critères diagnostiques, 258
schéma explicatif, 144
- Personnalité dépendante, **262-263**
critères diagnostiques, 263
- Personnalité évitante, **261-262**
critères diagnostiques, 262
- Personnalité histrionique, **253**
critères diagnostiques, 254
- Personnalité narcissique, **254**
critères diagnostiques, 255
- Personnalité obsessionnelle-compulsive, **263-265**
critères diagnostiques, 264
- Personnalité paranoïaque, **248**
critères diagnostiques, 249
- Personnalité schizoïde, **249**
critères diagnostiques, 250
- Personnalité schizotypique, **250**
critères diagnostiques, 251
- Perspective développementale, **40-41**, 45, 64-66
- eudémonique, **87**
hédonique, **86**
- Perte
de mémoire, 391
du plaisir, voir Anhédonie symbolique, **134**
- Perturbateurs, 286
- PET scan*, voir Tomographie par émission de positons
- Peur, **164**, voir aussi Phobie
- Phalloplastie, **407**
- Pharmacothérapie, **19**, 54, 157, 294
- Phobie, **164**, voir aussi Anxiété, Phobie sociale, Phobie spécifique
- Phobie sociale, voir Anxiété sociale
- Phobie spécifique, **175**
critères diagnostiques, 177
description clinique, 175-177
facteurs de risque, 178
prévalence, 178
types, 177-178
- Phobogène, **176**
- Phobophrisie, 178
- Piaget, Jean, 64
- Pinel, Philippe, 21, 434
- Plaques amyloïdes, **390**
- Plasticité cérébrale, **53**
- Platon, 18
- Pleine conscience, 72, 85, 95, voir aussi Méditation, Présence attentive
- Poirier, Jules, 394
- Polytoxicomanie, **279**
- Pont de Varole, voir Protubérance annulaire
- Postures étranges (Trouble du spectre de la schizophrénie), voir Catatonie
- Précipitant, voir Facteur déclencheur
- Prédisposant, voir Facteur de risque
- Présence attentive, 84, 85, 95, voir aussi Auto-compassion échelle selon Neff, Méditation, Pleine conscience
- Prévalence, **12**
- Prévention, **67-73**
rechute (dépendance), 297
- Procédés standardisés, **117**
- Professionnel de la santé mentale, 13
responsabilités, 443-445
- Projection, **24**
- Pronostic, **12**
- Prophétie autoréalisatrice, **127**
- Protubérance annulaire, 48-49, voir aussi Tronc cérébral
- Psychanalyse, 25, voir aussi Approche psychanalytique, Thérapie psychanalytique
- Psychiatre, **11**, 440-445
- Psychodynamique, voir Approche psychanalytique
- Psychoéducation, **376**
- Psychologie clinique, **111**
Psychologie, 111-113, 115, 443-446, voir aussi Approche psychanalytique, Clinicien, Entrevue clinique
responsabilités, 443-446
- Psychomotricité, 377
- Psychopathologie, **11**
définition, **11**, 37
- Psychose, **24**, 218, 231
windigo, 9
- Psychothérapie, **13**, 270-271
réalité virtuelle, 186
- Psychotrope, voir Substance psychotrope
usage récréatif, 241
- Punition, **30**
- Pyramide des besoins de Maslow, 26-27
- Pyrophobie, 178
- R**
- Rationalisation, 24
- Réaction
déviante ou atypique, 7
persistante dans le temps, 10
- Réadaptation psychosociale, **14**
- Rechute, 208, 220, 239, 284, 294
prévention, 297
- Reconnaissance de son humanité, 95, voir aussi Auto-compassion, Auto-compassion échelle selon Neff
- Refoulement, 24
- Régression, 24
- Réhabilitation, **294**
- Relation
avec soi-même, 92
interpersonnelles, 62
positive, 91
sociales, 62
- Relaxation, 68-69
méthode, 68-69
musculaire, 68
musculaire progressive, 68-69
- Réminiscence, **193**
- Renforcement, **30**
- Résilience, **42-43**, 197
- Responsabilité
criminelle, 441-443
des professionnels de la santé, 443-445
- Restructuration cognitive, **33**
- Rétablissement complet, **80**
- Réussite, 102
- Reviviscence, **193**
- Rigidité psychologique, **83**
- Ritalin, 363-364
- Robi, Alys, 160
- Rogers, Carl, 26-27
- Rohypnol, 282
- Rorschach, Hermann, 118, voir aussi Test de Rorschach, Test projectif
- Rosenhan, David, 128
- Rousseau, Johanne, 242
- Ruminations, **146-147**
- S**
- Sadisme sexuel, 420, **422**
- Sainte-Marie, Chloé, 381
- Santé mentale, **2**, voir aussi Trouble psychologique
complète, **80**
critères, 5
définition, **2-4**, 37, 78-79
florissante, 79, voir aussi Épanouissement psychosocial
languissante, **79**
positive, **78**, 79
représentation sur deux continums, 81
- Santé psychologique, voir Bien-être, Bonheur, Épanouissement psychosocial, Santé mentale, Santé mentale positive
- Santé sexuelle définition, 401
- Scanographie, voir Tomographie par émission de positons
- Schizophrénie, voir Troubles du spectre de la schizophrénie
- Secret professionnel, 122-123
- Sédatif, 19, **284**
- Selye, Hans, 164
- Sens à la vie, 91
- Sentiment de détresse, 6, voir aussi Altération de fonctionnement
- Séparation, 176
- Sérotonine, 57, **152**, 157, 316, 319-320
- Sevrage, **276**
- Sexe, **401**
- Shock, Stefie, 165
- Simon, Théodore, 119
- Sismothérapie, **159**, voir aussi Électroconvulsothérapie
- Skinner, Burrhus F., 30
- Sommeil, 322-328
- Sorcellerie, 15-16
- Souffrance significative, 7
- Soutien communautaire, 299-300
- Stérotypes sexuels, **406**
- Stigmatisation, **8**
- Stimulants, 285
- Stimuli, voir Stimulus
- Stimulus, 28-32, 118, voir Conditionnement
- Stratégie de l'intention paradoxale, 328
- Stress, 59-62, **164**
évaluation, 60-61
post-traumatique, voir Trouble stress post-traumatique
- Stresseur, 59, 164
- Stupeur, **228**
- Sublimation, 24
- Substance
classification, 280-286
conséquences à long terme, 281-284
dépressives, 280, 284
effets selon dose, 281-284
perturbateurs, 286
psychoactive, voir Substance psychotrope
psychotrope, **274**
statistiques, 281-284
stimulants, 285
- Suggestibilité, **332**, voir aussi Trouble dissociatif, Trouble somatique
- Suicide, 136, 241
- Surconsommation, **275**
- Surmoi, **23**
- Syllogomanie, voir Thésaurisation pathologique
- Symptomatologie, **12**
- Symptômes, **4**
aigus, voir Symptôme positif
déficitaires, 229, voir aussi Symptôme négatif
négatifs, **221**, 229
positifs, **221**
résiduels, **220**
- Synapse, **53-55**
récepteurs, 55
- Syndrôme d'alcoolisation fœtale, **372**
- Syndrôme d'Asperger, **365**, voir aussi Trouble du spectre de l'autisme

- Syndrome d'épuisement professionnel, **141**
- Syndrome de Down, **voir** Trisomie 21
- Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), **377**
- Syndrome de Korsakof, **280**, *voir aussi* Démence alcoolique
- Syndrome de Münchhausen, **340-341**, *voir aussi* Trouble factice
- Système endocrinien, **48-50**
- Système limbique, **48-49**, *voir aussi* Cerveau
- Système nerveux, **47-48**
anomalies, **236**
autonome, **48**
central, **48**
dégénérescence, **390**
parasymphatique, **49**
périphérique, **48**
somatique, **48**
sympathique, **49**
- Szasz, Thomas, **18, 127**
- T**
- Tabac, *voir* Nicotine
- TAD, *voir* Théorie de l'autodétermination
- Tammet, Daniel, **369**
- TDAH, *voir* Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)
- Témoin expert, **444**
- Terman, Lewis, **119**
- Terreur, *voir* Panique
- Test
de personnalité, **118**
de Rorschach, **118**
de Wechsler, **119-120**
d'intelligence, **119**
MMPI, **118-119**
neuropsychologique, **121**
objectif, **118**
projectif, **118-119**
psychologique, **117-121**
- Thalamus, *voir* Système limbique
- Thanatophobie, **178**
- Thematic Apperception Test (TAT), *voir* Test projectif
- Thème de vie, **114**, *voir aussi* Anamnèse
- Théorie
de l'apprentissage social, **30**
de l'autodétermination (TAD), **102-104**
de la dynamique de la personnalité, **23**
de la structure de l'esprit, **22-23**
des mécanismes de défense, **23-24**
du conditionnement classique, **28-29**
du conditionnement instrumental ou opérant, **30**
du développement cognitif, **64**
du développement psychosexuel, **24, 64**
du développement psychosocial, **64**
étendre-et-développer, **101**
- Thérapie, *voir aussi* Approche, Traitement biologique, **157** *voir aussi* Traitement pharmacologique
cognitive, **33, 185, 352**
cognitive-comportementale (TCC), **185**
comportementale, **31**
d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* - ACT), **33, 185**
morale, **21**
psychanalytique, **25**, *voir aussi* Psychanalyse
psychologique, **159**
sociale, **161**
- Thésaurisation pathologique, **213**, *voir aussi* Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
critères diagnostiques, **214**
description clinique, **213-214**
facteur de risque, **214**
prévalence, **214**
traitement, **215**
- Tics, **377**
- Timidité, **179**
- TNC, *voir* Trouble neurocognitif (TNC)
- TOC, *voir* Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- Tolérance, **277**
- Tomodensitométrie (TDM), **52**
- Tomographie par émission de positons, **52**
- Toxicomanie, **274**
facteurs de risque, **288-293**
intervention et traitement, **293-300**
phénomènes liés, **286**
statistiques, **287**
- Trac, **179**
- Trait de personnalité, **246**, *voir aussi* Personnalité
- Traitement
-choix, **19**
approche humaniste, **26-27**
approche psychanalytique, **25**
aversif, **295**
biologique, **326, 363-364**
comportemental, **364-365**
d'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR), **199-200**
de substitution, **294**
modèle biologique, **18-19**
modèle psychologique, **21**
modèle surnaturel, **16**
moral, **21**
par agoniste, **294**, *voir aussi* Traitement de substitution
par électrochocs, **19, 159**, *voir aussi* Electroconvulsothérapie, Sismothérapie
pharmacologique, **157-158, 183, 270, 320-321**, *voir aussi* Thérapie biologique
psychiatrique controversé, *voir* Hospitalisation psychiatrique
histoire
psychologique, **183, 321-322, 327**
tomographique d'émission de photon unique (TTEPU), **227**
- Trans, **402**
- Transgenre, **402**
- Transsexuel, **402**
- Transvestisme, **420, 422**
- Traumatismes liés au stress opérationnel (TSO), **346**
- Travail
récupération, **89**
théorie de l'autodétermination (TAD), **103-104**
- Travestisme, *voir* Transvestisme
- Trépanation, **16**
- Triade
dépressive, **155-157**
noire, **253**
- Trisomie 21, **372**, *voir aussi* Handicap intellectuel
- Tristesse, **134-135**, *voir aussi* Dépression, Perte symbolique, Trouble dépressif
- Tronc cérébral, **48, 49**, *voir aussi* Encéphale
- Trouble à symptomatologie neurologique, **339-340**
critères diagnostiques, **339**
description clinique, **339**
facteurs de risque, **prévalence et traitement, 340**
- Trouble à symptomatologie somatique, **335-336**
critères diagnostiques, **335**
facteurs de risque, **prévalence et traitement, 336**
- Trouble addictif, **274**, *voir aussi* Dépendance
- Trouble anxieux, **164-190**, *voir aussi* Angoisse, Anxiété, Panique, Peur, Phobie, Stress, Trouble panique
traitement, **184-188**, *voir aussi* Benzodiazépines, Désensibilisation systématique
- Trouble apparenté, **332-343**
- Trouble bipolaire, **134-135**
de type I, **141-142**
de type II, **142-143**
description clinique, **135**
facteur de maintien, **151, 155-157**
facteur de risque, **150**
facteur précipitant, **151, 153-155**
facteur prédisposant, **151-153**
prévalence, **148-150**
thérapie biologique (ou traitement pharmacologique), **157-158**
thérapie psychologique, **159-160**
thérapie sociale, **161**
traitements, **157-161**
- Trouble d'anxiété généralisée, *voir* Anxiété généralisée
- Trouble d'anxiété sociale, *voir* Anxiété sociale
- Trouble de conversion, **339-340**, *voir aussi* Trouble à symptomatologie neurologique
fonctionnelle
critères diagnostiques, **339**
description clinique, **339**
facteurs de risque, **prévalence et traitement, 340**
- Trouble de dérégulation de l'humeur explosive, **140**
- Trouble de l'acquisition de la coordination, **377**
- Troubles de l'appétit, *voir* Trouble des conduites alimentaires
- Trouble de l'érection, **411**
- Trouble de l'humeur, *voir aussi* Trouble bipolaire, Trouble bipolaire
- Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme, **411**
- Trouble de l'orgasme chez la femme, **412**
- Trouble de l'usage d'une substance, **277-280**
critères diagnostiques, **278**
- Trouble de la communication, **377**, *voir aussi* Trouble spécifique des apprentissages
- Troubles de la personnalité, **246**, *voir aussi* Personnalité
critères généraux, **246-247**
facteur de risque, **266-269**
groupe A, **248-252**, groupe B, **252-253, 261, 266**
groupe C, **261, 265-266**
les 10 troubles, **247-266**
prévalence, **265-266**
traitement, **269-271**
- Troubles de la personnalité antisociale, **259**
critères diagnostiques, **260**
- Trouble de la personnalité borderline, **257**
critères diagnostiques, **258**
schéma explicatif, **144**
- Troubles de la personnalité dépendante, **262-263**
critères diagnostiques, **263**
- Troubles de la personnalité évitante, **261-262**
critères diagnostiques, **262**
- Troubles de la personnalité histrionique, **253**
critères diagnostiques, **254**
- Troubles de la personnalité narcissique, **254**
critères diagnostiques, **255**
- Troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, **263-265**
critères diagnostiques, **264**
- Troubles de la personnalité paranoïaque, **248**
critères diagnostiques, **249**
- Troubles de la personnalité schizoïde, **249**
critères diagnostiques, **250**
- Troubles de la personnalité schizotypique, **250**
critères diagnostiques, **251**
- Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), **357, 358-363**
critères diagnostiques, **358-359**
description clinique, **357-358**
facteurs de risque, **362-363**
prévalence, **361-362**
traitement, **363-365**
- Trouble délirant, **232, 234**
- Trouble dépressif, **134**, *voir aussi* Dépression
à caractère saisonnier, **147**
avec début lors du post-partum, **147-148**
caractérisé, **139-140**
description clinique, **135**
facteur de maintien, **151, 155-157**
facteur de risque, **150**
facteur précipitant, **151, 153-155**
- facteur prédisposant, **151-153**
majeur, **139-140**
persistant, **140**
prévalence, **148-150**
thérapie biologique (ou traitement pharmacologique), **157-158**
thérapie psychologique, **159-160**
thérapie sociale, **161**
traitements, **157-161**
- Trouble des conduites alimentaires, **308-322**, *voir aussi* Accès hyperphagiques, Anorexie mentale, Boulimie
facteurs de risque, **316-319**
facteurs en résumé, **319**
prévalence, **315**
traitements, **320**
- Trouble dissociatif, **333, 343-353**
classification, **351**
critères diagnostiques, **348**
description clinique, **347**
traitement, **352**
- Trouble dissociatif de l'identité, **349-350**
critères diagnostiques, **350**
- Trouble du sommeil, **322-328**
liés à la respiration, **326**
traitement, **326-328**
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA), **365-369**
critères diagnostiques, **366-367**
description clinique, **365-367**
facteurs de risque et prévalence, **368**
traitement, **369-370**
- Trouble du spectre de la schizophrénie (TSS), **218**
classification, **234**
critères diagnostiques, **233**
description clinique, **231**
description générale, **218-220**
facteur de risque, **235-239**
les cinq symptômes, **221-222**
objectifs généraux de l'approche biopsychosociale, **243**
prévalence, **234-235**
traitement, **239-243**
- Trouble dysphorique prémenstruel, **141**
- Trouble exhibitionnisme, *voir* Exhibitionnisme
- Trouble factice, **340-343**
critères diagnostiques, **341**
description clinique, **341**
facteurs de risque, **prévalence et traitement, 342-343**
- Trouble fétichisme, *voir* Fétichisme
- Trouble fonctionnel, **334**
- Trouble frotteurisme, *voir* Frotteurisme
- Trouble hypersexuel, **412**, *voir aussi* Hypersexualité
- Trouble induit par une substance, **275-277**
- Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration, **413**
- Trouble lié à l'identité de genre et à la sexualité, **399-427**

Conçu et écrit par des enseignants en psychologie, ce manuel s'adresse aux étudiants des niveaux collégial et universitaire dans tous les programmes traitant de santé mentale.

C'est par le biais de l'approche biopsychosociale que l'on y présente tous les aspects de la santé mentale, à la fois sur le plan théorique et pratique. On y aborde tout autant les troubles que l'hygiène et les pratiques nécessaires à une bonne santé psychologique. Les étudiants trouveront, dans ce manuel, la description clinique des principaux troubles mentaux, leur prévalence, leurs facteurs de risque, ainsi que les interventions et les traitements qu'ils nécessitent. La présentation des interventions respecte l'approche biopsychosociale en explorant d'abord leur dimension biologique, puis leur dimension psychologique, et finalement leur dimension sociale (ou socioculturelle).

Cette 2^e édition offre également de nombreux liens avec la nouvelle version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* qui permet de guider les étudiants dans leur formation professionnelle.

Les auteurs

Martin Benny – Titulaire d'un Ph. D. en psychologie de l'Université de Montréal, il enseigne au Collège Montmorency depuis 2006. Il est également formateur en psychologie positive.

Alain Huot – Enseignant en psychologie au Collège Lionel-Groulx à Sainte-Thérèse depuis 2001, il est coauteur de la version française de *Psychologie en direct* (4^e édition, Modulo, 2015).

Julie-Anne Lalonde – Titulaire d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal, elle est psychologue. Elle enseigne également la psychologie au cégep de Saint-Jérôme depuis 2000.

Jade Landry-Cuerrier – Titulaire d'un Ph. D. en psychologie, elle enseigne la psychologie et la sexologie au niveau préuniversitaire depuis près de 10 ans. Elle possède une solide expérience clinique en tant que psychologue en milieu scolaire. Elle enseigne également la psychologie au cégep de Saint-Jérôme depuis 2000.

Luce Marinier – Enseignante en psychologie au Collège André-Grasset depuis 1992, elle a collaboré à la rédaction de cinq autres manuels en psychologie et est correctrice en psychologie au Baccalauréat international.

Marie-Anne Sergerie – Titulaire d'un doctorat en psychologie, elle est actuellement psychologue clinicienne, formatrice et directrice de la Clinique Laval.

Découvrez les ressources* en ligne Interactif

ÉTUDIANT

- Des fiches de révision pour chacun des chapitres

ENSEIGNANT

- Des banques de questions pour chacun des chapitres
- Des études de cas supplémentaires pour chacun des chapitres
- Tous les tableaux et figures du manuel pour projection en classe
- Des présentations PowerPoint pour chacun des chapitres

* Matériel sujet à changement sans préavis

MODULO

www.groupermodulo.com/santementale

ISBN 978-2-89732-041-6



9 782897 320416