

Chapitre 21

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Pour les besoins de l'évaluation des affections par ACC, ce chapitre ne peut être utilisé que pour évaluer les affections psychiatriques chroniques pour lesquelles le diagnostic a été posé du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM).

Les critères énoncés dans ce chapitre servent à évaluer les affections psychiatriques suivantes :

- troubles de l'adaptation
- troubles anxieux
- troubles bipolaires et connexes
- troubles dépressifs
- troubles dissociatifs
- troubles des conduites alimentaires
- troubles de l'humeur
- troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- *troubles douloureux/syndrome de douleur chronique
Remarque: diagnostic de troubles de l'Axe I selon le DSM-IV-TR
- troubles de la personnalité
- troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- **trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante
- troubles liés à l'abus de substances et à la toxicomanie
- troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress

*Les troubles somatoformes du DSM-IV-TR (à l'exception des troubles de la douleur) sont cotés cas par cas.

**Les symptômes somatiques et troubles connexes du DSM-5 (à l'exception du trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante) sont cotés cas par cas.

Dans le cas des affections psychiatriques, les signes, les symptômes et l'effet sur la capacité fonctionnelle (déficience médicale) se recoupent considérablement. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure chaque affection psychiatrique contribue à la déficience médicale. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité des affections psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité comprend la déficience médicale liée aux affections psychiatriques ouvrant droit ou non à des prestations d'invalidité.

Dans le cas où une affection psychiatrique n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité contribue à l'évaluation de l'invalidité psychiatrique, le Tableau des contributions partielles ne s'applique pas.

Par exemple, dans le cas d'un état de stress post-traumatique ouvrant droit à des prestations d'invalidité et d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité, l'évaluation de l'invalidité de l'état de stress post-traumatique comprendra les signes et les symptômes des deux affections psychiatriques.

Dans le cas où les affections qui ne sont pas évaluées au chapitre 21 (p. ex. démence, syndrome post commotion, syndrome de fibromyalgie) contribuent à la déficience médicale, le Tableau des contributions partielles doit être appliqué.

Si plusieurs affections doivent être cotées dans ce chapitre, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Dans le présent chapitre, on met l'accent sur la cotation des affections psychiatriques sous l'angle de l'effet qu'elles peuvent avoir sur les émotions, le comportement, la pensée, la cognition, l'adaptation (adaptabilité), les activités fondamentales de la vie quotidienne et les besoins de traitement. Les effets d'une affection psychiatrique sur les relations personnelles, le fonctionnement social et les activités de la vie autonome (préparation des repas, magasinage, entretien de la maison, etc.) sont cotés en fonction du chapitre 2, Qualité de vie.

Dans les **tableaux 21.1 - 21.4**, aucun signe ou symptôme ne peut être coté deux fois. Les caractéristiques des émotions et du comportement ou les symptômes associés à des troubles physiques qui ne répondent pas aux critères du DSM sont évaluées comme faisant partie de l'affection physique et ils ne doivent pas être cotés dans le présent chapitre.

L'évaluation de la déficience psychiatrique repose sur un examen approfondi de l'historique des signes et des symptômes. La gravité des symptômes d'une affection psychiatrique peut fluctuer. Il est important d'obtenir et d'évaluer les données sur le membre, l'ancien combattant ou le client sur une période d'au moins 6 mois à 1 an (en s'attardant sur la pire période et/ou la meilleure).

La déficience liée aux affections neurologiques qui influent sur la fonction cognitive (p. ex. démence, syndrome post commotion) est cotée au chapitre 20, Affections neurologiques.

Si les affections psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient trois tableaux « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres déficiences » qui peuvent servir à coter les affections psychiatriques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableaux de ce chapitre :

Tableau 21.1	Perte fonctionnelle - Pensée et cognition	Ce tableau permet de coter la déficience de la pensée et de la cognition.
Tableau 21.2	Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité	Ce tableau permet de coter la déficience des émotions, du comportement et de l'adaptabilité.
Tableau 21.3	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne	Ce tableau permet de coter la déficience des activités de la vie quotidienne.
Tableau 21.4	Autres déficiences - Besoins de traitement	Ce tableau permet de coter la déficience associée aux besoins de traitement.

Perte fonctionnelle - Pensée et cognition

Le **tableau 21.1** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent la pensée et la cognition. Le tableau contient deux colonnes (catégories) qui sont cotées séparément. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La fréquence, la gravité et la durée des signes et des symptômes psychiatriques sont des facteurs importants pour coter la déficience. Les signes et symptômes associés aux troubles de la pensée et de la cognition correspondent à différents points sur l'échelle de fonctionnement, depuis un fonctionnement normal jusqu'à un fonctionnement anormalement grave ou extrême.

Pour coter la déficience liée aux affections psychiatriques, il faut tenir compte des éléments suivants de la pensée et de la cognition: processus mental, perception et cognition.

Le processus mental est la capacité mentale d'évaluer, de planifier, de créer et de vouloir. Pour évaluer le processus mental, on évalue tant le cours que le contenu de la pensée. Les troubles de la pensée comprennent le délire, la paranoïa, l'inquiétude, l'obsession, la phobie, la pensée trouble, la désorientation, l'incohérence, le relâchement des associations, l'hyperidéation, l'hypervigilance, les idées suicidaires, la rumination, la méfiance, etc.

La perception est la transformation d'une stimulation physique en une information psychologique (procédé mental par lequel on prend conscience des stimuli sensoriels). Les troubles de la perception comprennent les hallucinations, les illusions et les troubles dissociatifs tels que la déréalisation et la dépersonnalisation.

La cognition est la capacité de demeurer attentif assez longtemps pour terminer l'exécution de tâches en temps voulu (concentration), acquérir des connaissances (apprentissage), assimiler et se rappeler des connaissances (mémoire) et utiliser des connaissances (raisonnement et résolution de problèmes). Les troubles de la cognition comprennent la perte de mémoire (récente ou lointaine), l'amnésie, la paramnésie, la désorientation dans l'espace et le temps et par rapport aux personnes, l'incapacité de penser dans l'abstrait ou de comprendre des concepts, et l'incapacité de prendre des décisions et d'accomplir des activités planifiées.

La concentration se décrit en fonction de la fréquence des erreurs, du temps qu'il faut pour terminer la tâche et de la mesure dans laquelle il faut de l'aide pour accomplir la tâche.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité

Le **tableau 21.2** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent les émotions, le comportement et l'adaptabilité. Le tableau contient trois colonnes (catégories) faisant l'objet d'une cotation séparée. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La déficience émotionnelle et comportementale est fonction de la gravité, de la fréquence et de la durée des troubles de l'humeur, de l'affect et du comportement, ainsi que de l'adaptabilité des émotions et du comportement aux changements dans l'environnement.

On tient compte de l'humeur et de l'affect pour évaluer l'état émotionnel.

L'humeur renvoie à l'émotion prédominante comme la tristesse, la dépression, la peur, l'angoisse, la panique, le désespoir, la manie, la colère, l'hostilité, etc. Elle comporte un élément subjectif (décrit par le sujet) et un élément objectif (observé ou décrit par des tiers). La durée (persistance de l'humeur mesurée en jours, semaines ou années), la réactivité (changements d'humeur en réaction à des circonstances ou des événements extérieurs) et le degré ou l'intensité de l'humeur sont des indicateurs importants de la déficience.

L'affect renvoie à l'expression et à l'expressivité de l'émotion. La capacité du client de moduler l'expression de ses émotions en fonction de la démarche de sa pensée ou la difficulté qu'il éprouve à le faire est un indicateur de déficience important. L'affect se décrit en fonction du registre et de l'intensité (étendu, restreint, abasé et émoussé), des types de changement (modulé, monotone, labile) et de la convenance (différent de ce que l'on attendrait).

Le comportement renvoie à la conduite et comprend une partie ou la totalité des activités, en particulier celles qui peuvent être observées. Le comportement lui-même et la fréquence de ce comportement sont des indicateurs importants de la déficience.

L'adaptabilité dans ce contexte renvoie à la capacité de s'adapter à des circonstances stressantes (tolérance au stress). Face à des situations ou des expériences stressantes (p. ex. changements de thérapeute, décès dans la famille, déménagement, etc.), les symptômes ou comportements associés aux troubles psychiatriques (p. ex. toxicomanie, crises de panique, symptômes somatiques, etc.) peuvent augmenter ou s'aggraver.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne

Le **tableau 21.3** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent les activités de la vie quotidienne. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les activités de la vie quotidienne comprennent l'hygiène personnelle (bain et toilette), l'habillage, l'alimentation, les transferts ou la mobilité dans le lit, la locomotion ainsi que le contrôle des intestins et de la vessie.

La qualité de ces activités est évaluée en fonction de l'autonomie, de l'efficacité et de la durabilité. Il faut déterminer la mesure dans laquelle une personne peut entreprendre des activités et y participer sans supervision ni directives. Le nombre des activités qui sont limitées n'est pas aussi important que le niveau général de restriction.

Les effets de la maladie psychiatrique sur les activités de la vie autonome ou activités de la vie domestique (AVD) comme le magasinage, le ménage, la préparation des repas, etc., sont évalués dans le chapitre sur la qualité de vie.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Besoins de traitement

Le **tableau 21.4** permet de coter la déficience associée aux besoins de traitement. On ne

peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Différentes possibilités de traitement s'offrent aux personnes atteintes d'affections psychiatriques, notamment les régimes médicamenteux, les groupes de soutien et d'entraide, la thérapie et le counselling offerts par un conseiller ou un généraliste autorisé, la thérapie assurée par un psychiatre en clinique externe, l'hospitalisation (de courte durée ou de longue durée) et les soins dans un établissement spécialisé. Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Définitions

Les termes suivants figurent dans les **tableaux 21.1 à 21.4**.

Rare = au moins une fois par an
Occasionnel = une ou deux fois par mois
Fréquent = au moins une fois par semaine
Persistant = tous les jours ou presque

Il faut établir les cotes de toutes les affections psychiatriques dans chacun des tableaux 21.1 à 21.4. Si une cote s'applique à plus d'un tableau, les cotes sont **additionnées**.

Tableau 21.1 - Perte fonctionnelle - Pensée et cognition

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.1**. Chaque colonne du **tableau 21.1** fait l'objet d'une cotation séparée. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la cote la plus **élevée**. Les cotes de chaque colonne sont ensuite **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.1**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	Pensée et perception
Zéro	Pas de déficience de la mémoire ou de la concentration.	Pas de déficience de la pensée ou de la perception.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition (continue)

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	Pensée et perception
Cinq	• Perte de mémoire ou déficit de concentration subjectifs, mais non objectifs; ou • Un ou deux épisodes d'amnésie (trous de mémoire).	• Idées surinvesties ou idées de référence fréquentes dont on peut distraire la personne, sans délire manifeste; ou • Méfiance occasionnelle sans délire manifeste; ou • Souci d'ordre, de perfection et de contrôle; ou • Fixation sur une idée précise ou un thème général; ou • Troubles de la perception occasionnels comme la dépersonnalisation et la déréalisation; ou • Pensées suicidaires fréquentes sans projets, actions ni menaces précis; ou • Idées de culpabilité et rumination d'erreurs passées et/ou culpabilité de survivant; ou • Sentiments d'insuffisance et d'infériorité par rapport aux autres avec incidence sur la vie quotidienne; ou • Obsessions récurrentes suffisamment graves pour occuper une partie de la journée (plus d'une heure par jour); ou • Sentiment de perte ou de manque de contrôle sur le comportement alimentaire, mais sans rien y faire (p.ex. vomissements induits, prise excessive de diurétiques, etc.); ou • Perception faussée de la forme du corps et du poids.
Dix	• Perte de mémoire ou déficit de concentration subjectifs et objectifs légers à modérés; ou • Multiples épisodes d'amnésie (trous de mémoire).	• Certaine lenteur de la pensée ou de l'élocution; ou • Méfiance fréquente dont on peut distraire la personne, mais sans délire manifesté; ou • Troubles de la perception fréquente comme la dépersonnalisation et la déréalisation; ou • Idées suicidaires persistantes avec ou sans projet précis, mais sans gestes ou menaces.
Quinze	• Perte de mémoire ou déficit de concentration objectifs graves.	• Lenteur de la pensée ou de l'élocution marquée ou fuite des idées (hyperidéation); ou • Discours rapide et/ou tangentiel; ou • Troubles de la perception occasionnel comme les illusions; ou • Méfiance persistante sans délire manifeste; ou • Idées surinvesties ou idées de référence persistantes sans délire manifeste.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition (continue)

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	Pensée et perception
Vingt		• Délire persistant bizarre et non bizarre avec intuition (p.ex. impression d'être suivi ou épié); ou • Troubles de la perception dont des illusions fréquentes ou des hallucinations occasionnelles; ou • Désorientation dont on peut distraire la personne par des suggestions; ou • Idées de meurtre sans projet concret; ou • Troubles de la perception persistante comme la dépersonnalisation et la déréalisation.
Trente		• Illusions persistantes ou hallucinations fréquentes; ou • Projet de meurtre.
Trente-cinq		• Discours incohérent persistant; ou • Délire manifeste ou bizarre persistant sans intuition, ou • Hallucinations persistantes; ou • Désorientation à tous les égards.

Tableau 21.2 - Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.2**. Chaque colonne du **Tableau 21.2** est cotée indépendamment. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la cote la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes dans chaque colonne sont ensuite **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.2**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité

Cote	Critères		
	Émotions	Comportement	Adaptabilité
Zéro	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signes de détresse.	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signées de détresse.	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signes de détresse.
Cinq	• Humeur dépressive ou euphorique occasionnelle; ou	• Comportement maniaque rare avec incidence sur la vie; ou • Rares situation où sont revécus des incidents traumatiques du passé, avec évitement minimal; ou	• Adaptabilité adéquate, mais réactions au stress dénotant une certaine angoisse ou agitation; ou

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	Comportement	Adaptabilité
Cinq (continue)	• Angoisse subjective occasionnelle avec manifestations physiologiques concomitantes; ou • Absence d'empathie ou de remords se manifestant par l'indifférence au fait d'avoir blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou par la rationalisation d'un tel comportement; ou • Irritabilité/colère occasionnelle ou fréquente avec incidence sur la vie; ou • Crises de panique rares.	• Comportement nerveux occasionnel (p.ex. se tordre les mains, trembler, faire les cent pas, etc.); ou • Évitement occasionnel d'événements ou d'objets particuliers avec incidence sur la vie; ou • Symptômes obsessionnels-compulsifs rares avec incidence sur la vie; ou • Dépendance envers autrui se manifestant par un comportement collant et soumis ou l'incapacité de prendre une décision; ou • Inquiétude occasionnelle au sujet de la santé physique avec incidence sur la vie; ou • Insomnie, avec au plus 120 minutes de perte de sommeil la plupart des nuits chaque semaine et somnolence diurne; ou • Recours occasionnel à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs; ou • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à plus de 90% du poids attendu.	• Efforts pour éviter un abandon réel ou imaginé; ou • Rare manquement aux normes sociales en ce qui concerne les comportements licites.
Dix	• Angoisse subjective fréquente ou persistante avec manifestations physiologiques concomitantes; ou • Crises de panique occasionnelles.	• Comportement maniaque occasionnel avec incidence sur la vie; ou • Revit occasionnellement des événements traumatiques avec évitement et hyperexcitation; ou • Évitement fréquent ou persistant d'événements ou d'objets particuliers avec incidence sur la vie; ou	• Difficulté occasionnelle à s'adapter à des situations stressantes (p.ex. certaine difficulté à faire face et réagit au stress par une exacerbation des symptômes comportementaux); ou • Impulsivité occasionnelle dans des contextes susceptibles d'être autodestructeurs; ou

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	Comportement	Adaptabilité
Dix (continue)		• Symptômes obsessionnels-compulsifs occasionnels avec incidence sur la vie ou • Symptômes végétatifs occasionnels (p.ex. retard psychomoteur ou diminution de l'appétit); ou • Souci fréquent de sa santé physique avec demandes d'interventions précises; ou • Insomnie, plus de 120 minutes de perte de sommeil la plupart des nuits chaque semaine, et somnolence diurne; ou • Comportement rare d'automutilation; ou • Rares gestes ou menaces de suicide; ou • Recours fréquent à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs); ou • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 85% - 90% du poids attendu.	• Mode de pensée persécutoire bref et transitoire, lié au stress.
Quinze	• Humeur dépressive ou euphorique fréquente.	• Comportement nerveux fréquent comme se torturer les mains, trembler, s'agiter et faire les cent pas; ou • Symptômes obsessionnels-compulsifs fréquents avec incidence sur la vie; ou • Irritabilité ou colère fréquentes avec manifestations d'agressivité verbale ou physique; ou • Comportements d'automutilation occasionnels; ou • Gestes ou menaces suicidaires occasionnels; ou	• Difficulté fréquente à utiliser les techniques d'adaptabilité habituelles dans des situations stressantes (p. ex. réagit au stress avec beaucoup d'anxiété, d'agitation ou une exacerbation marquée des symptômes comportementaux); ou • Manquement récurrent aux normes sociales associées au comportement licites; ou

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	Comportement	Adaptabilité
Quinze (continue)		• Deux identités ou personnalités distinctes ou plus qui contrôlent le comportement de manière récurrente; ou • Recours persistant à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs); ou • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 75% - 84% du poids attendu; ou • Régime limité à quelques aliments.	• Impulsivité fréquente dans des contextes susceptibles d'être autodestructeurs.
Vingt	• Humeur dépressive ou euphorique persistante; ou • Crise de panique fréquentes avec évitement.	• Comportement maniaque fréquent avec incidence sur la vie; ou • Revit fréquemment des événements traumatiques avec ○ Hyperexcitation ○ Évitement et/ou inertie considérables; ou • Symptômes obsessionnels-compulsifs persistants avec incidence sur la vie; ou • Symptômes végétatifs fréquents; ou • Automutilations fréquentes ou persistantes; ou • Gestes ou menaces suicidaires fréquents ou persistants; ou • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 70% - 74% du poids attendu.	• Angoisses persistantes due au stress et besoin d'aide pour faire face à la plupart des situations complexes ou nouvelles; ou • Brefs (minutes – heures) épisodes psychotiques en réaction au stress.

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	Comportement	Adaptabilité
Trente	• Crises de panique récurrentes avec évitement marqué.	• Comportement maniaque persistant avec incidence sur la vie; ou • Revit de façon persistante des événements traumatiques avec ○ hyperexcitation ○ évitement et/ou inertie considérables; ou • Comportement nerveux persistant comme se tordre les mains, trembler, s'agiter et faire les cent pas; ou • Symptômes végétatifs persistants; ou • Irritabilité ou colère persistante avec manifestations d'agressivité physique et verbale; ou • Tentative(s) de suicide sérieuse(s).	• Incapacité de s'adapter aux situations courantes. Agitation extrême en réaction au stress; ou • Symptômes dissociatifs graves en réaction au stress.
Trente-cinq	• Épisodes euphoriques persistants alternant rapidement avec des épisodes dépressifs. (Cycles rapides)	• Tentative(s) de meurtre sérieuse(s); ou • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 70% du poids attendu.	• Régression marquée en réaction au stress; ou • Psychose (de plus de 24 heures) en réaction au stress.

Tableau 21.3 - Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.3**. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.3**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.3 - Autres déficiences – Activités de la vie quotidienne

Cote	Critères
Zéro	Peut accomplir sans aide les activités liés aux transferts*, aux déplacements, à l'alimentation, au bain et à la toilette personnelle.
Deux	A besoin à l'occasion d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, des déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Cinq	A fréquemment besoin d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Dix	A besoin tous les jours d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Quinze	A besoin tous les jours d'une incitation ou d'un rappel et d'aide pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Vingt	A besoin d'aide pour tous les aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Vingt-cinq	Dépend totalement d'un soignant pour les activités de base de la vie quotidienne (transferts*, déplacements, alimentation, bain et/ou toilette personnelle).

***Transfert** indique la capacité de se déplacer du lit au fauteuil, du fauteuil au lit, etc.

Tableau 21.4 - Autres déficiences - Besoins de traitement

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.4**. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.4**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.4 - Autres déficiences - Besoins de traitement

Cote	Critères
Zéro	Aucun traitement régulier* recherché ou recommandé.
Cinq	- Médication recommandée et/ou prescrite; ou - Participation régulière* à un programme d'entraide ou à un groupe de soutien par les pairs (p. ex. AA, NA, SSBSO, etc.); ou - Thérapie peu fréquente (moins d'une fois par mois) fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre.
Sept	Besoin d'une thérapie mensuelle régulière* fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre.
Dix	- Nécessite au moins trois changements de médicament dans une période d'un an; ou - Participe, sur une base régulière*, à une thérapie intensive (plus d'une fois par mois) fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre (p. ex. psychothérapie à exposition prolongée, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).
Douze	Soins en milieu hospitalier pendant moins de trois mois au cours des deux dernières années.
Quinze	Soins en milieu hospitalier pendant des périodes de trois mois ou plus au cours de deux dernières années, et besoin/recommandation de régimes d'assurance-médicaments de longue durée.
Vingt	Traitement continu dans un établissement de soins spécialisé.

***Régulier : Qui se répète à intervalles fixes.**

Étapes À Suivre Pour Évaluer la Déficience Liée aux Affections Psychiatriques

- Étape 1 :** Déterminer la cote dans chaque colonne du **tableau 21.1** (Perte fonctionnelle - Pensée et cognition). Retenir la **plus élevée**.
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 21.2** (Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité). Retenir la **plus élevée**.
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 21.3** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne).
- Étape 6 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 5.
- Étape 7 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 21.4** (Autres déficiences - Besoins de traitement).
- Étape 8 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 7.
- Étape 9 :** Additionner les cotes des étapes 2, 4, 6 et 8.
- Étape 10 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 11 :** Additionner les cotes des étapes 9 et 10.
- Étape 12 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 11.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.