

Ligne directrice sur l'admissibilité

Troubles anxieux

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : mai 2011

Code [CIM-11](#) : 6B00

Code médical d'ACC :

03000 troubles anxieux, y compris le trouble panique/trouble anxieux généralisé

Définition

Les **troubles anxieux** constituent une catégorie de troubles dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (révision du texte)* (DSM-5-TR). Les troubles anxieux se caractérisent par la peur, l'anxiété et les troubles du comportement qui en découlent. La peur est la réponse émotionnelle à une menace réelle ou perçue comme imminente. L'anxiété est l'anticipation d'une menace future. La peur et l'anxiété peuvent se chevaucher, mais sont deux phénomènes distincts.

La peur est souvent associée à des pics d'excitation nécessaires au combat ou à la fuite, à des pensées de danger immédiat et à des comportements de fuite. L'anxiété est plus souvent associée à la vigilance en prévision d'un danger futur et à un comportement prudent et évitant. Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou de situations susceptibles d'induire un comportement de peur, d'anxiété ou d'évitement, et la réponse cognitive associée.

Les troubles anxieux se distinguent d'une peur ou d'une anxiété passagère par leur persistance, qui dure généralement six mois ou plus. Les troubles anxieux ne sont diagnostiqués que lorsque les symptômes ne sont pas appropriés du point de vue développemental, ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance, d'un médicament ou d'un autre état pathologique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Les troubles anxieux suivants sont compris dans la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA) :

- trouble anxieux généralisé (TAG)
- trouble panique.

Remarque : Les troubles anxieux autres que ceux énumérés peuvent être pris en considération, mais la décision doit se prendre en fonction des éléments de preuve fournis et du bien-fondé de la demande. Il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

Norme diagnostique

Un diagnostic doit avoir été posé par un médecin qualifié (un médecin de famille ou un psychiatre), une infirmière praticienne ou un psychologue autorisé ou agréé.

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

Caractéristiques cliniques

La physiopathologie d'un trouble anxieux fait intervenir de nombreux facteurs qui contribuent au développement de la maladie. Les considérations comprennent, sans s'y limiter, la prédisposition génétique, l'équilibre neurochimique, les influences environnementales et les processus cognitifs. Aucun de ces éléments à lui seul n'est suffisant pour mener au développement d'un trouble anxieux, et ils agissent à divers niveaux pour contribuer à l'apparition et à la progression du trouble anxieux. Les mécanismes précis menant à un trouble anxieux ne sont pas entièrement compris et demeurent un sujet de recherche.

Considérations biologiques : Les facteurs génétiques prédisposent les individus au développement du TAG. Des gènes précis liés à la régulation des neurotransmetteurs, à la réponse au stress et à des parties anatomiques des fonctions cérébrales sont associés aux troubles anxieux. Des études portant sur les gènes et l'environnement ont montré que des traumatismes développementaux précoces et les événements stressants récents de la vie peuvent interagir avec les marqueurs génétiques pour contribuer à l'apparition des troubles anxieux.

Les neurotransmetteurs comme la sérotonine, l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et la norépinéphrine jouent un rôle dans la régulation de l'humeur et de l'anxiété. Les personnes atteintes d'un trouble anxieux peuvent présenter des déséquilibres dans ces neurotransmetteurs, ce qui contribue à une anxiété excessive.

Les progrès de l'imagerie cérébrale permettent aux spécialistes d'acquérir de nouvelles connaissances sur les différences entre les différentes parties du cerveau chez les personnes atteintes de troubles anxieux. Par exemple, une étude utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) a révélé que les patients atteints de TAG présentaient un engagement plus faible dans certaines régions anatomiques du cerveau lors des tâches de régulation émotionnelle.

Considérations psychologiques : Des processus cognitifs comme des modes de pensée biaisés, de l'inquiétude excessive et des interprétations catastrophiques de situations peuvent contribuer à la persistance et à l'exacerbation des troubles anxieux. Ces processus cognitifs peuvent provoquer un cycle de pensées et de comportements anxieux.

Considérations relatives à l'environnement : Les événements traumatisants, le stress chronique et les expériences de vie difficiles peuvent accroître le risque de développer des troubles anxieux. Ces éléments peuvent affecter le fonctionnement du cerveau et contribuer à la dysrégulation des processus neurochimiques impliqués dans l'anxiété, en plus d'exacerber les modes de pensée anormaux.

La prévalence du TAG au cours de la vie est environ deux fois plus élevée chez les personnes de sexe féminin. Les personnes de sexe féminin et les personnes de sexe masculin qui souffrent du TAG semblent présenter des symptômes semblables, mais les combinaisons de troubles concomitants sont différentes. Par exemple, les personnes de sexe masculin qui ont un TAG sont plus susceptibles d'avoir des troubles concomitants liés à la consommation de substances. Il a été démontré que les anciens combattants appartenant à une minorité sexuelle, y compris les anciens combattants transgenres, présentent un risque accru d'être atteint de trouble anxieux généralisé comparativement à leurs pairs hétérosexuels cisgenres. Les minorités sexuelles englobent toute personne dont l'orientation sexuelle diffère de l'hétérosexualité.

Ensemble de critères

Les critères relatifs aux troubles anxieux sont tirés du *DSM-5-TR*.

La présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*, toutefois, la [*Classification internationale des maladies, 11^e révision \(CIM-11\)*](#) est également considéré comme une norme diagnostique acceptable.

Trouble anxieux généralisé

La caractéristique principale du TAG est l'anxiété excessive et l'inquiétude au sujet d'un certain nombre d'événements ou d'activités. L'intensité, la durée ou la fréquence de l'anxiété et de l'inquiétude sont disproportionnées par rapport à la probabilité ou à l'incidence réelle de l'événement anticipé. Les personnes ont de la difficulté à contrôler leurs inquiétudes et à éviter que leurs pensées inquiétantes ne nuisent à leurs tâches. Les adultes atteints d'un TAG ressentent souvent de l'inquiétude à l'égard d'éléments généraux de la vie, comme les responsabilités professionnelles, la santé et les finances, la santé des membres de la famille, le malheur qui pourrait frapper leurs enfants ou des questions mineures.

En revanche, une personne qui n'a pas de diagnostic de trouble anxieux peut éprouver des symptômes d'anxiété liés aux inquiétudes de la vie quotidienne. Ces symptômes ne sont alors pas excessifs, sont perçus comme étant plus faciles à gérer

et peuvent être mis en retrait si des questions plus urgentes doivent être traitées. Les soucis quotidiens sont également beaucoup moins susceptibles d'être accompagnés de symptômes physiques.

Ensemble de critères pour le trouble anxieux généralisé

Critère A

Anxiété excessive 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 (dont le travail ou les performances scolaires).

Critère B

La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

Critère C

L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

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).

Critère D

L'anxiété, les préoccupations ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une incapacité cliniquement significative dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère E

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

Critère F

La perturbation ne s'explique pas mieux par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou soucis d'avoir une attaque de panique comme dans le trouble panique, soucis d'une évaluation négative dans le trouble de l'anxiété sociale, souci de

contamination et autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans le trouble de l'anxiété de séparation, rappels d'événements traumatisants dans l'état de stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes de maux physiques dans le trouble de symptôme somatique, illusion de défauts corporels dans le trouble de la dysmorphie corporelle, perception d'une maladie grave dans le trouble d'angoisse de la maladie ou le contenu des croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Trouble panique

Le trouble panique se caractérise par des crises de panique inattendues récurrentes qui ne sont pas provoquées par des stimuli précis ou des situations particulières. Les crises de panique sont des épisodes distincts de peur intense ou d'appréhension accompagnés de l'apparition rapide et concomitante de plusieurs symptômes caractéristiques, comme des palpitations ou une augmentation de la fréquence cardiaque, des sueurs, des tremblements, de l'essoufflement, des douleurs thoraciques, des étourdissements ou des vertiges, des frissons, des bouffées de chaleur ou la crainte d'une mort imminente.

De plus, le trouble panique est caractérisé par une inquiétude persistante concernant la récurrence des attaques de panique ou par l'adoption de comportements visant à éviter qu'elles ne se reproduisent. Il en résulte une déficience importante de la vie personnelle, familiale, sociale, éducative, professionnelle ou d'autres domaines importants du fonctionnement. Les symptômes ne sont pas une manifestation d'une autre condition médicale et ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central.

Ensemble de critères pour le trouble panique

Critère A

Crises de panique inattendues récurrentes. Une crise de panique est une vague soudaine de peur intense ou d'inconfort intense qui atteint un sommet en quelques minutes et au cours de laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se manifestent :

1. palpitations, battements de cœur ou accélération de la fréquence cardiaque
2. transpiration
3. tremblements ou agitation
4. sensations d'essoufflement ou d'étouffement
5. sentiment d'étouffement
6. douleur ou inconfort à la poitrine
7. nausées ou douleurs abdominales
8. étourdissements, instabilité, sensation de faiblesse ou évanouissement
9. frissons ou sensations de chaleur
10. paresthésie (engourdissement ou picotements)

11. déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi-même)
12. peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou »
13. peur de mourir.

Remarque : Des symptômes propres à la culture (p. ex. acouphène, douleur au cou, mal de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. Ces symptômes ne doivent pas être considérés comme faisant partie des quatre symptômes requis.

Critère B

Au moins une des crises a été suivie d'un mois (ou plus) d'un des éléments suivants, ou des deux :

- préoccupation ou inquiétude persistante au sujet d'autres crises de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perte de contrôle, crise cardiaque, sentiment de « devenir fou »)
- un changement de comportement inadapté important lié aux crises (p. ex. des comportements visant à éviter les attaques de panique, comme éviter de faire de l'exercice ou éviter les situations inhabituelles).

Critère C

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

Critère D

Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p. ex. les crises de panique ne surviennent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le cas du trouble d'anxiété sociale; en réponse à des objets ou à des situations phobiques limitées, comme dans le cas de phobies particulières; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel compulsif; en réponse à des rappels d'événements traumatisants, comme dans le cas de l'état de stress post-traumatique; ou en réponse à la séparation de figures d'attachement, comme dans le cas du trouble d'anxiété de séparation).

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à facteurs prédisposants

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

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

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont prévalents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes physiques et mentaux coexistent souvent. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont inclus dans l'admissibilité/l'évaluation. Toutefois, lorsqu'un symptôme se transforme en un diagnostic séparé et distinct, le nouveau diagnostic devient une considération distincte en matière d'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. Être fait **prisonnier de guerre** avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

2. Vivre directement un **événement traumatisant** au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

Les événements traumatisants peuvent comprendre :

- le fait d'être exposé au combat militaire
- le fait d'être victime d'une agression physique ou de subir des menaces d'agression physique
- le fait d'être victime d'une agression sexuelle ou de subir des menaces d'agression sexuelle
- le fait d'être enlevé
- le fait d'être pris en otage
- le fait d'être victime d'une attaque terroriste
- le fait d'être torturé
- le fait d'être victime d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine
- le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
- le fait de tuer ou de blesser une personne lors d'un acte non criminel
- le fait de subir un incident médical catastrophique soudain.

Remarque :

- Une blessure morale liée au service peut survenir en réponse à un événement traumatisant. On entend par « préjudice moral » la détresse psychologique, émotionnelle et spirituelle qui découle d'actes ou du fait d'être témoin d'actes qui vont à l'encontre des valeurs ou des croyances morales et éthiques d'une personne. La détresse qui en résulte peut contribuer au développement d'un trouble anxieux. Les événements préjudiciables sur le plan moral sont souvent associés à des situations où les personnes ressentent un profond sentiment de culpabilité, de honte ou de trahison en raison de leurs propres actes ou de ceux d'autrui. Ce type d'actes peut certainement se produire dans le contexte d'une guerre, d'un combat ou d'autres expériences très difficiles sur le plan moral.
- L'exposition répétée à un traitement préjudiciable ou injuste peut être considérée comme un événement traumatisant.

3. **Être témoin, en personne** d'un événement traumatisant que subit toute autre personne au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

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

- à la menace ou à la blessure grave d'une autre personne
- à la mort non naturelle d'une autre personne
- à de la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne

- à une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche.
4. Apprendre qu'un **membre de sa famille ou un ami proche a vécu un événement traumatisant violent ou accidentel** au cours des deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

Les événements traumatisants peuvent comprendre :

- une agression physique
- une agression sexuelle
- un accident grave
- une blessure grave.

Remarque : La relation entre les personnes qui jouent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme comparable à celle d'un proche parent ou d'un ami.

5. **Être exposé de manière répétée ou extrême** à des détails horribles d'un événement traumatisant au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

Les expositions peuvent comprendre :

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

Remarque : Si l'exposition qui correspond au cinquième facteur a lieu par l'entremise de médias électroniques, de la télévision, de films et d'images, l'exposition doit être liée au travail.

6. Vivre ou travailler dans un **environnement hostile ou dangereux** pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

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

- le fait de vivre sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missile, à la roquette, de mines ou à la bombe
- le fait de vivre sous la menace d'une attaque nucléaire, ou avec un agent biologique ou chimique

- le fait de participer à des combats ou à des patrouilles de combat.
7. Vivre le **décès d'un membre de sa famille ou d'un ami proche** au cours des deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

Remarque : La relation entre les personnes qui jouent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme comparable à celle d'un proche parent ou d'un ami.

8. Vivre un **événement stressant** dans l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.

Les événements stressants peuvent comprendre ce qui suit, sans s'y limiter :

- être isolé socialement et incapable de maintenir des liens avec ses amis ou sa famille en raison de l'éloignement physique, des barrières linguistiques, d'une incapacité ou d'une maladie physique ou mentale
 - éprouver des difficultés dans une relation à long terme, p. ex. la rupture d'une relation personnelle étroite, le besoin d'obtenir du counseling sur le plan matrimonial ou relationnel, une séparation conjugale ou un divorce
 - éprouver des craintes au travail ou à l'école, notamment être en désaccord constant avec ses collègues de travail ou ses camarades de classe, ressentir un manque de soutien social au travail ou à l'école, ressentir un manque de contrôle lorsqu'il s'agit de réaliser des tâches ou de faire face à de lourdes charges de travail ou être victime d'intimidation au travail ou à l'école
 - avoir de graves problèmes juridiques, notamment être détenu ou placé sous garde, avoir constamment affaire aux autorités policières pour non-respect de la loi ou se présenter devant les tribunaux en raison de problèmes juridiques personnels
 - éprouver de graves difficultés financières, notamment la perte d'un emploi, de longues périodes de chômage, une forclusion ou une faillite
 - avoir un membre de la famille ou un proche dont l'état de santé se détériore rapidement
 - être le soignant à temps plein d'un membre de la famille ou d'un proche atteint d'une déficience physique ou mentale ou d'un trouble du développement graves.
9. Avoir été atteint d'un **trouble psychiatrique important sur le plan clinique** dans les 10 années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux. Un trouble psychiatrique important sur le plan clinique tel que défini dans le *DSM-5-TR* est un syndrome qui se caractérise par une perturbation cliniquement significative dans la cognition, la régulation des émotions ou le comportement d'une personne qui reflète un

dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent le fonctionnement mental.

10. Être atteint **d'une maladie grave ou subir une blessure** constituant un danger de mort ou entraînant une grave déficience physique ou cognitive dans les cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.
11. Souffrir d'une **douleur chronique** depuis au moins trois mois au moment de l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.
12. Souffrir d'**épilepsie** au moment de l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble anxieux.
13. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** pour un trouble anxieux.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des problèmes de santé diagnostiqués et des catégories qui sont considérées, aux fins d'ACC, comme devant être incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un trouble anxieux.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles anxieux
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Troubles bipolaires et connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble de douleur chronique (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième révision; texte révisé [DSM-4-TR]* diagnostic de troubles de l'Axe I)
- Trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (antérieurement trouble douloureux dans le *DSM-4-TR*)
- Troubles de la personnalité
- [Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques](#)
- Troubles du rythme veille-sommeil
 - Trouble de l'insomnie
 - Trouble de l'hypersomnolence
- [Troubles liés à l'utilisation de substances](#)

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, il ne faut tenir compte que de ces affections dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un trouble anxieux. Autrement, il faut tenir compte de toutes les affections de la catégorie dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un trouble anxieux.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la section B de la présente LDA.
- Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés, comme le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel (trouble de conversion), le trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie et le syndrome de détresse physique (diagnostic *CIM-11*), sont admissibles séparément et évalués individuellement.

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, d'un trouble anxieux et/ou de son traitement

La section C est une liste des conditions qui peuvent être causées ou aggravées par un trouble anxieux ou son traitement. Les conditions énumérées à la section C ne sont pas incluses dans l'admissibilité et l'évaluation d'un trouble anxieux. Une décision d'admissibilité au droit à pension en raison d'une affection consécutive peut être envisagée si le bien-fondé de la demande le justifie et si les éléments de preuve médicale montrent l'existence d'une relation consécutive.

Les conditions autres que celles énumérées à la section C peuvent être prises en considération; il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

- [Apnée obstructive du sommeil](#)
- [Bruxisme](#)
- [Cardiopathie ischémique](#)
- [Dysfonction sexuelle](#)
- Mouvement involontaire des membres
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome du côlon irritable
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\)](#)

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

- Le médicament était prescrit pour traiter le trouble anxieux.
- La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de l'affection imputée au médicament.

- La littérature médicale actuelle corrobore le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation de l'affection peut découler de la prise du médicament.
- Le médicament est prescrit à long terme de façon continue et ne peut raisonnablement être remplacé par un autre médicament, ou le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.

Remarque : Un médicament peut faire partie d'une catégorie de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux du groupe auquel il appartient. Ce sont les effets du médicament lui-même qui devraient être pris en compte plutôt que ceux du groupe auquel il appartient.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Bruxisme – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Cardiopathie ischémique - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Dysfonction sexuelle - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [État de stress post-traumatique – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'adaptation – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles bipolaires et connexes – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles dépressifs – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\) - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Schizophrénie – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles liés à l'utilisation de substances – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles respiratoires du sommeil – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance – Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne – Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité – Politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive – Politiques](#)
- [Bénéfice du doute – Politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- text revision* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.).

American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text rev.).

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2010). *Statement of Principles concerning anxiety disorder (Balance of Probabilities)* (No. 42 of 2010). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2010). *Statement of Principles concerning anxiety disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 43 of 2010). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2023). *Statement of Principles concerning anxiety disorder (Balance of Probabilities)* (No. 101 of 2023). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2023). *Statement of Principles concerning anxiety disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 100 of 2023). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Blosnich, J., Foyne, M. M., & Shipherd, J. C. (2013). Health Disparities Among Sexual Minority Women Veterans. *Journal of Women's Health*, 22(7), 631–636.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4214>

- Blosnich, J. R., Gordon, A. J., & Fine, M. J. (2015). Associations of sexual and gender minority status with health indicators, health risk factors, and social stressors in a national sample of young adults with military experience. *Annals of Epidemiology*, 25(9), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.06.001>
- Carbone, J. T., Holzer, K. J., Vaughn, M. G., & DeLisi, M. (2020). Homicidal Ideation and Forensic Psychopathology: Evidence From the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). *Journal of Forensic Sciences*, 65(1), 154–159. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14156>
- Chan, P. K. (2016). Mental health and sexual minorities in the Ohio Army National Guard [Case Western Reserve University School of Graduate Studies]. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=cas1458924994
- Chang, C. J., Fischer, I. C., Depp, C. A., Norman, S. B., Livingston, N. A., & Pietrzak, R. H. (2023). A disproportionate burden: Prevalence of trauma and mental health difficulties among sexual minority versus heterosexual U.S. military veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 477–482. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.042>
- Charney, D. S., Woods, S. W., & Heninger, G. R. (1989). Noradrenergic function in generalized anxiety disorder: Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 27(2), 173-182. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90132-7](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90132-7)
- Chin, S., Carlucci, S., McCuaig Edge, H. J., & Lu, D. (2022). Health differences by entry stream among Canadian Armed Forces officer cadets. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 8(3), 45–57. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0124>

- Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A., & Simpson, T. (2013). Mental Health Characteristics of Sexual Minority Veterans. *Journal of Homosexuality*, 60(2–3), 419–435. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932>
- Costello, H., Gould, R. L., Abrol, E., & Howard, R. (2019). Systematic review and meta-analysis of the association between peripheral inflammatory cytokines and generalised anxiety disorder. *BMJ Open*, 9(7), e027925. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027925>
- Donner, J., Sipilä, T., Ripatti, S., Kananen, L., Chen, X., Kendler, K. S., Lönngqvist, J., Pirkola, S., & Hovatta, I. (2012). Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide Y in anxiety susceptibility. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159(3), 316–327. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32029>
- Garvey, M. J., Noyes, Jr, R., Woodman, C., & Laukes, C. (1995). The association of urinary 5-hydroxyindoleacetic acid and vanillylmandelic acid in patients with generalized anxiety. *Neuropsychobiology*, 31(1), 6–9. <https://doi.org/10.1159/000119165>
- Goossen, B., van der Starre, J., & van der Heiden, C. (2019). A review of neuroimaging studies in generalized anxiety disorder: “So where do we stand?”. *Journal of Neural Transmission*, 126(9), 1203–1216. <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02024-w>
- Gorman, K. R., Kearns, J. C., Pantalone, D. W., Bovin, M. J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2022). The impact of deployment-related stressors on the development of PTSD and depression among sexual minority and heterosexual female

- veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(5), 747–750. <https://doi.org/10.1037/tra0001102>
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 159-168. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>
- Gressier, F., Calati, R., & Serretti, A. (2016). 5-HTTLPR and gender differences in affective disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.027>
- Harper, K. L., Blossnich, J. R., Livingston, N., Vogt, D., Bernhard, P. A., Hoffmire, C. A., Maguen, S., & Schneidman, A. (2024). Examining differences in mental health and mental health service use among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000712>
- Hirsch, C. R., Meeten, F., Krahé, C., & Reeder, C. (2016). Resolving ambiguity in emotional disorders: The nature and role of interpretation biases. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 281-305. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093436>
- Holloway, I. W., Green, D., Pickering, C., Wu, E., Tzen, M., Goldbach, J. T., & Castro, C. A. (2021). Mental Health and Health Risk Behaviors of Active Duty Sexual Minority and Transgender Service Members in the United States Military. *LGBT Health*, 8(2), 152–161. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0031>
- Kauth, M. R., & Shipherd, J. C. (2016). Transforming a System: Improving Patient-Centered Care for Sexual and Gender Minority Veterans. *LGBT Health*, 3(3), 177–179. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0047>

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittman, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Lehavot, K., Beckman, K. L., Chen, J. A., Simpson, T. L., & Williams, E. C. (2019). Race/ethnicity and sexual orientation disparities in mental health, sexism, and social support among women veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 347–358. <https://doi.org/10.1037/sgd0000333>
- Lehavot, K., & Simpson, T. L. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder, and depression among sexual minority and heterosexual women veterans. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 392–403. <https://doi.org/10.1037/cou0000019>
- Lynch, K. E., Gatsby, E., Viernes, B., Schliep, K. C., Whitcomb, B. W., Alba, P. R., DuVall, S. L., & Blossnich, J. R. (2020). Evaluation of Suicide Mortality Among Sexual Minority US Veterans From 2000 to 2017. *JAMA Network Open*, 3(12), e2031357. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31357>
- Mattocks, K. M., Kauth, M. R., Sandfort, T., Matza, A. R., Sullivan, J. C., & Shipherd, J. C. (2014). Understanding Health-Care Needs of Sexual and Gender Minority Veterans: How Targeted Research and Policy Can Improve Health. *LGBT Health*, 1(1), 50–57. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0003>
- McDonald, J. L., Ganulin, M. L., Dretsch, M. N., Taylor, M. R., & Cabrera, O. A. (2020). Assessing the Well-being of Sexual Minority Soldiers at a Military Academic

- Institution. *Military Medicine*, 185(Suppl 1), 342–347. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz198>
- McNamara, K. A., Lucas, C. L., Goldbach, J. T., Kintzle, S., & Castro, C. A. (2019). Mental health of the bisexual Veteran. *Military Psychology*, 31(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1541393>
- Nitschke, J. B., Sarinopoulos, I., Oathes, D. J., Johnstone, T., Whalen, P. J., Davidson, R. J., & Kalin, N. H. (2009). Anticipatory activation in the amygdala and anterior cingulate in generalized anxiety disorder and prediction of treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 302–310. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07101682>
- Oakley, T., King, L., Ketcheson, F., & Richardson, J. D. (2020). Gender differences in clinical presentation among treatment-seeking Veterans and Canadian Armed Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 6(2), 60–67. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0045>
- Pelts, M. D., & Albright, D. L. (2015). An Exploratory Study of Student Service Members/Veterans' Mental Health Characteristics by Sexual Orientation. *Journal of American College Health*, 63(7), 508–512. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947992>
- Richardson, J. D., Thompson, A., King, L., Ketcheson, F., Shnaider, P., Armour, C., St. Cyr, K., Sareen, J., Elhai, J. D., & Zamorski, M. A. (2019). Comorbidity patterns of psychiatric conditions in Canadian Armed Forces personnel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 501–510. <https://doi.org/10.1177/0706743718816057>
- Russell, P. D., Judkins, J. L., Blessing, A., Moore, B., & Morissette, S. B. (2022). Incidences of anxiety disorders among active duty service members between 1999 and

2018. *Journal of Anxiety Disorders*, 91, 102608.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102608>
- Sadock B. J., Sadock V. A. (Eds.). (2010). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (vol. 2015, pp. 648-655). Wolters Kluwer.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 453-456.
<https://doi.org/10.1097/00005053-200207000-00005>
- Shipherd, J. C., Lynch, K., Gatsby, E., Hinds, Z., DuVall, S. L., & Livingston, N. A. (2021). Estimating prevalence of PTSD among veterans with minoritized sexual orientations using electronic health record data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(10), 856–868. <https://doi.org/10.1037/ccp0000691>
- Unschuld, P. G., Ising, M., Specht, M., Erhardt, A., Ripke, S., Heck, A., Kloiber, S., Straub, V., Brueckl, T., Müller-Myhsok, B., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2009). Polymorphisms in the GAD2 gene-region are associated with susceptibility for unipolar depression and with a risk factor for Anxiety Disorders. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 150(8), 1100-1109. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30938>
- Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J.-J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W. Q., Qiao, Y. L., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: A systematic review and

meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1487–1499.

<https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>

Wu, J. C., Buchsbaum, M. S., Hershey, T. G., Hazlett, E., Sicotte, N., & Johnson, J. C.

(1991). PET in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 29(12), 1181-

1199. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(91\)90326-H](https://doi.org/10.1016/0006-3223(91)90326-H)

Zhang, X., Norton, J., Carriere, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk

factors for late-onset generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). *Translational Psychiatry*, 5(3), e536-

e536. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.31>