

Ligne directrice sur l'admissibilité

Troubles liés à l'utilisation de substances

Date de révision : 11 juillet 2025

Date de création : juillet 2010

Codes [CIM-11](#) : 6C40, 6C41, 6C42, 6C43, 6C44, 6C46, 6C50

Codes médicaux d'ACC :

30390	trouble lié à la consommation d'alcool
30520	trouble lié à l'utilisation de cannabis
30550	trouble lié à la consommation d'opioïdes
30521	trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
29289	trouble lié à l'utilisation de stimulants

Définition

« **Troubles liés à l'utilisation de substances** » est une catégorie d'affections du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition – texte révisé (DSM-5-TR)*.

Les substances utilisées par les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances comprennent des catégories de médicaments qui produisent une activation si intense du système de récompense que les activités normales peuvent être négligées. Ces substances activent le système de récompense et produisent un sentiment de plaisir ou d'euphorie, souvent appelé « high ».

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), certaines affections sont connues sous les appellations ci-dessous :

- trouble lié à la consommation d'alcool
- trouble lié à l'utilisation de cannabis
- trouble lié à la consommation d'opioïdes
- trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
- trouble lié à l'utilisation de stimulants.

Remarque :

- Aux fins des critères d'admissibilité d'Anciens Combattants Canada (ACC), d'autres catégories de substances du *DSM-5-TR* peuvent être examinées selon le bien-fondé de la demande et des preuves médicales fournies pour chaque

cas. Il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

- Les substances appartenant à une catégorie du *DSM-5-TR* ne sont pas toutes prises en compte à des fins d'admissibilité au droit à pension par ACC.
- Les substances doivent être précisées dans la demande relative à un trouble lié à l'utilisation de substances.
- Chaque substance est prise en compte au cas par cas, conformément aux critères relatifs à l'admissibilité d'une substance établis par ACC.
- Une substance acceptée par ACC est définie sous forme de catégorie de substances dans la décision relative à l'admissibilité au droit à pension.
- Cette catégorie ne s'applique pas à toutes les substances. Seules les substances qui répondent aux critères relatifs à l'admissibilité d'une substance établis par ACC ouvrent droit à pension.

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 agréé. Le diagnostic est fondé sur un examen clinique.

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

Caractéristiques cliniques

Les troubles liés à l'utilisation de substances sont un groupe de troubles d'ordres cognitifs, comportementaux et physiologiques pour lesquels les personnes atteintes continuent de consommer des substances malgré des conséquences importantes.

Une caractéristique importante des troubles liés à l'utilisation de substances est un changement sous-jacent des circuits cérébraux qui peut persister après la désintoxication, en particulier chez les personnes atteintes de troubles graves. Les effets comportementaux de ces changements cérébraux peuvent se manifester par des rechutes répétées et une envie intense de drogues lorsque les personnes sont exposées à des stimuli liés à la drogue.

La dépendance est une maladie chronique et récurrente du cerveau déclenchée par une exposition répétée à des substances chez des personnes vulnérables en raison d'expositions génétiques, développementales ou environnementales défavorables. La capacité du système de récompense du cerveau de réagir à des actions qui ne sont pas de l'utilisation de substances diminue, la sensibilité au stress des circuits émotionnels augmente et la capacité d'autorégulation est réduite. Par conséquent, les personnes recherchent des substances et en consomment de façon compulsive malgré les graves préjudices qui y sont associés. Les personnes atteintes de ces troubles sont incapables de contrôler leurs fortes pulsions à consommer des

substances ou à adopter des comportements de dépendance, même si elles peuvent avoir une forte volonté de cesser de consommer.

Les changements dans le cerveau responsables de ces comportements peuvent persister pendant des mois, voire des années, après avoir cessé l'utilisation de substances. Pour comprendre les troubles liés à l'utilisation de substances, il faut comprendre que la dépendance est une interaction complexe de considérations biologiques, psychologiques et sociales. Aucun aspect des troubles liés à l'utilisation de substances à lui seul n'est suffisant pour le développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances, car ces aspects interviennent à divers niveaux pour contribuer à l'apparition et à la progression de la maladie.

Les **aspects biologiques** comprennent les risques génétiques communs aux substances et qui peuvent accroître la vulnérabilité d'une personne à développer une dépendance. Certaines variations génétiques peuvent influencer sur la façon dont une personne réagit à des substances, vit des expériences de récompense, éprouve du plaisir et traite et métabolise des substances.

Les **aspects psychologiques** peuvent influencer la vulnérabilité à la dépendance :

- les problèmes de santé mentale concomitants peuvent avoir des voies biologiques semblables
- le stress et les mécanismes d'adaptation peuvent être altérés et augmenter le risque de dépendance
- les traits de personnalité font en sorte que ces personnes peuvent être attirées vers les expériences agréables que les substances peuvent offrir.
- les traumatismes et les expériences négatives vécues durant l'enfance peuvent accroître la vulnérabilité aux dépendances aux substances dans le but de faire face à la douleur émotionnelle liée au traumatisme.

Les **aspects sociaux** peuvent influencer sur les dépendances et les troubles liés à l'utilisation de substances :

- l'influence des pairs et de la société peut avoir une incidence sur la décision d'une personne d'utiliser des substances
- la disponibilité et l'accessibilité des substances peuvent influencer les modes de consommation
- le statut socioéconomique (notamment la pauvreté, le manque d'accès à l'éducation et aux ressources, et les possibilités économiques limitées) peut contribuer au stress et accroître le risque de se tourner vers l'utilisation de substances comme moyen d'adaptation
- les normes culturelles et sociales concernant l'utilisation de substances peuvent avoir une incidence sur les attitudes et les comportements d'une personne à l'égard de ce sujet.

Voici un aperçu simplifié des principales composantes de la pathophysiologie de l'utilisation de substances :

Système de récompense du cerveau : Le système de récompense du cerveau se concentre sur la libération de dopamine, un neurotransmetteur qui joue un rôle important dans le plaisir et le renforcement. L'utilisation de substances peut entraîner la libération d'une quantité exagérée de dopamine dans les voies de récompense du cerveau, ce qui fait en sorte qu'elle est associée à un sentiment de plaisir qui se traduit par un renforcement.

Dysfonctionnement du cortex frontal : Le cortex préfrontal est une région du cerveau responsable de la prise de décisions, du contrôle des impulsions et du jugement. La dépendance l'affaiblit, ce qui rend encore plus difficile l'évaluation des conséquences à long terme de l'utilisation de substances ainsi que la maîtrise de soi.

Prise de contrôle du système de récompenses naturelles et de régulation du stress : L'utilisation chronique de substances peut prendre le contrôle du système de récompense naturel du cerveau et rendre la recherche de substances plus attrayante que d'autres récompenses naturelles comme la nourriture, les interactions sociales et les passe-temps. Le système de réponse au stress du cerveau est modifié, ce qui rend les personnes plus vulnérables au stress et plus enclines à être dans un état émotionnel négatif.

Neuroplasticité : La consommation répétée de substances peut modifier la neuroplasticité, la capacité du cerveau à réorganiser sa structure et sa fonction. Ces changements peuvent mener au renforcement des voies associées à l'utilisation de substances et à l'affaiblissement des voies liées à la maîtrise de soi et à la prise de décisions.

Changement lié aux neurotransmetteurs : L'utilisation chronique de substances peut perturber l'équilibre des neurotransmetteurs, notamment la dopamine et la sérotonine, ce qui entraîne un déséquilibre qui contribue à la dysrégulation de l'humeur, de la motivation et du contrôle des impulsions.

Envie de substances : Les indices environnementaux associés à l'utilisation de substances (comme les lieux, les personnes et les objets) peuvent déclencher des envies et des réactions intenses qui activent le système de récompense du cerveau et peuvent entraîner des rechutes, même après des périodes d'abstinence.

Tolérance et sevrage : L'utilisation prolongée de substances peut entraîner une tolérance lorsque des doses plus élevées sont nécessaires pour obtenir les mêmes effets. Lorsque l'utilisation de substances est brusquement arrêtée, des symptômes de sevrage physique et psychologique peuvent se manifester. Ces symptômes contribuent au cycle de la dépendance, car ils poussent les personnes à continuer de consommer pour éviter l'inconfort.

Les troubles liés à l'utilisation de substances individuelles

Veillez consulter les sections suivantes pour plus de détails sur chaque trouble lié à l'utilisation de substances inclus dans cette LDA.

Trouble lié à la consommation d'alcool

Caractéristiques cliniques d'un trouble lié à la consommation d'alcool

Les taux de consommation d'alcool et de trouble lié à la consommation d'alcool chez les personnes de sexe masculin sont plus élevés que chez les personnes de sexe féminin, bien que cet écart se rétrécisse, car les personnes de sexe féminin commencent à consommer de l'alcool à un plus jeune âge. Des taux plus élevés du trouble lié à la consommation d'alcool ont également été signalés parmi les populations de vétérans appartenant à une minorité sexuelle, notamment les vétérans transgenres, comparativement à leurs pairs hétérosexuels cisgenres. Les minorités sexuelles englobent toute personne dont l'orientation sexuelle diffère de l'hétérosexualité. Les personnes de sexe féminin qui boivent de façon excessive ont tendance à présenter un taux d'alcoolémie plus élevé par consommation, et les personnes de sexe féminin qui boivent de façon excessive peuvent aussi être plus vulnérables que les personnes de sexe masculin à certaines des conséquences physiques associées à l'alcool (dont les maladies du foie).

Ensemble de critères relatifs au trouble lié à la consommation d'alcool

Les critères du trouble lié à la consommation d'alcool sont tirés du *DSM-5-TR*.

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

Critère A

Consommation d'alcool problématique entraînant une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative, caractérisée par la survenue, au cours d'une période de 12 mois, d'au moins deux des situations suivantes :

1. l'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool

3. beaucoup de temps est consacré à des activités qui visent à obtenir de l'alcool, à consommer de l'alcool ou à se remettre de ses effets
4. il y a un état de manque, c'est-à-dire un fort désir ou une forte envie de consommer de l'alcool
5. la consommation récurrente d'alcool entraîne l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison
6. la consommation d'alcool se poursuit en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de l'alcool
7. des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de la consommation d'alcool
8. consommation récurrente d'alcool dans des situations où cela représente un danger physique
9. la consommation d'alcool se poursuit malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement causé ou exacerbé par l'alcool
10. tolérance, telle qu'elle est définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a. besoin de quantités d'alcool nettement plus importantes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
 - b. diminution marquée de l'effet lors de la consommation continue de la même quantité d'alcool
11. sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (voir les critères A et B du sevrage de l'alcool dans le *DSM-5-TR*)
 - b. de l'alcool (ou une substance très similaire, comme la benzodiazépine) est consommé pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Considérations liées à l'admissibilité relatives au trouble lié à la consommation d'alcool

Section A : Causes et/ou aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Ces événements ou expositions peuvent avoir une incidence sur la capacité de la personne de gérer le stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent 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 les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les facteurs suivants causent ou aggravent un trouble lié à la consommation d'alcool, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs 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 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 relatifs au trouble lié à la consommation d'alcool

1. Être atteint d'un **trouble psychiatrique significatif du point de vue clinique** au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool. Un trouble psychiatrique significatif du point de vue clinique tel que défini par 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-tend le fonctionnement mental.
2. Être directement exposé à un **événement traumatisant** dans les cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.

Les événements traumatisants comprennent, sans s'y limiter :

- le fait d'être exposé au combat militaire
- le fait de recevoir des menaces d'agression ou de subir des agressions physiques réelles
- le fait de recevoir des menaces ou de subir des violences sexuelles réelles
- le fait d'être enlevé ou d'être pris en otage
- le fait d'être victime d'une attaque terroriste

- le fait d'être torturé
 - le fait d'être incarcéré comme prisonnier de guerre
 - le fait d'être victime d'un désastre naturel ou causé par l'humain
 - le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
 - le fait d'avoir tué ou blessé une personne
 - le fait de subir un incident médical catastrophique et soudain.
3. Être **témoin, en personne**, d'un événement traumatisant qui est arrivé à une autre personne dans les cinq ans précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.

Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter :

- la menace ou à la blessure grave d'une autre personne
 - la mort non naturelle d'une autre personne
 - la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne
 - une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche.
4. **Exposition répétée ou extrême** à des détails horrifiants d'un événement traumatisant avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.

Les expositions comprennent, sans toutefois s'y limiter :

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

5. Vivre ou travailler dans un **environnement hostile ou mettant sa vie en danger** pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.

Les situations ou environnements où le danger de mort ou de blessure est omniprésent 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.
6. Être atteint d'une **maladie ou subir une blessure** constituant un danger de mort ou entraînant une grave déficience physique ou cognitive au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.
7. Vivre le **décès d'un membre de sa famille ou d'un ami proche** au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'alcool.

Remarque : La relation entre les personnes qui occupent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme une relation de famille ou d'ami proche.

8. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** du trouble lié à la consommation d'alcool.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation pour un trouble lié à la consommation d'alcool

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à la consommation d'alcool.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles liés à l'utilisation de substances
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles bipolaires et troubles connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – 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

Remarque :

- Si une affection précise est énumérée pour une catégorie, seule cette affection est incluse dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la présente section.
- 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 *C/IM-11*), sont admissibles séparément et évalués individuellement.

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, d'un trouble lié à la consommation d'alcool et/ou son traitement

La section C est une liste des affections qui peuvent être causées ou aggravées par le trouble lié à la consommation d'alcool ou son traitement. Les affections énumérées à la section C ne sont pas incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à la consommation d'alcool. Une décision relativement à l'admissibilité consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis du cas appuient une relation corrélative. Les affections autres que celles énumérées dans la section C peuvent être examinées en consultation avec un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

- Gastrite chronique/[maladie ulcéreuse gastroduodénale](#)
- [Reflux gastro-œsophagien pathologique](#)
- [Pancréatite chronique](#)
- Hépatite chronique
- Cirrhose
- Trouble neurocognitif majeur relatif au trouble lié à la consommation d'alcool
 - Trouble amnésique persistant induit par l'alcool (syndrome de Korsakoff)
 - Démence persistante induite par l'alcool
 - Dégénérescence cérébelleuse chronique
- Neuropathie périphérique induite par l'alcool
- [Hypertension](#)
- Cardiomyopathie alcoolique
- Bronchectasie (par suite d'une pneumonie de déglutition)
- Maladie de Dupuytren
- Dysfonction sexuelle chronique induite par l'alcool
- [Syndrome d'apnées obstructives du sommeil](#)

Trouble lié à l'utilisation de cannabis

Critères relatifs à l'admissibilité d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis

Le trouble lié à l'utilisation de cannabis comprend les problèmes associés à l'utilisation de substances dérivées de la plante de cannabis et de composés synthétiques chimiquement similaires.

Les substances de cannabis considérées comme admissibles se limitent à celles qui sont disponibles en vertu de la loi canadienne et qui sont autorisées ou prescrites par un professionnel de la santé qualifié aux fins du traitement de l'affection médical ou dentaire du client.

Caractéristiques cliniques relatives au trouble lié à l'utilisation de cannabis

Les personnes de sexe masculin ont tendance à consommer plus de cannabis de façon générale que les personnes de sexe féminin. Environ 10 % des utilisateurs réguliers de cannabis et jusqu'à 50 % des utilisateurs quotidiens chroniques peuvent avoir un trouble lié à l'utilisation de cannabis. Les personnes de sexe féminin ont tendance à signaler des symptômes de sevrage du cannabis plus graves que les personnes de sexe masculin, en particulier des symptômes liés à l'humeur comme l'irritabilité, l'agitation, la colère ainsi que des symptômes gastro-intestinaux. Ces symptômes de sevrage peuvent contribuer à accélérer la transition de la première utilisation de cannabis à un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Ensemble de critères relatifs au trouble lié à l'utilisation de cannabis

Les critères du trouble lié à l'utilisation de cannabis sont tirés du *DSM-5-TR*.

Pour les besoins d'AAC, la présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la [*Classification internationale des maladies, 11e édition \(CIM-11\)*](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Critère A

Utilisation de cannabis problématique entraînant une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative, caractérisée par la survenue, au cours d'une période de 12 mois, d'au moins deux des situations suivantes :

1. le cannabis est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

2. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cannabis
3. beaucoup de temps est consacré à des activités qui visent à obtenir du cannabis, à consommer du cannabis ou à se remettre de ses effets
4. il y a un état de manque, c'est-à-dire un fort désir ou une forte envie de consommer du cannabis
5. la consommation récurrente de cannabis entraîne l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison.
6. l'utilisation de cannabis se poursuit en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du cannabis
7. des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de cannabis
8. consommation récurrente de cannabis dans des situations où cela représente un danger physique
9. l'utilisation de cannabis se poursuit malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement causé ou exacerbé par le cannabis
10. tolérance, telle qu'elle est définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) besoin de quantités de cannabis nettement plus importantes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
 - b) diminution marquée de l'effet lors de la consommation continue de la même quantité de cannabis
11. sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (voir les critères A et B du sevrage du cannabis dans le *DSM-5-TR*)
 - b) du cannabis (ou une substance très similaire) est consommé pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Considérations liées à l'admissibilité relatives au trouble lié à l'utilisation de cannabis

Section A : Causes et/ou aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait 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 à faire face au stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent 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 les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent un trouble lié à l'utilisation de cannabis, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs 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 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 relatifs au trouble lié à l'utilisation de cannabis

1. Être atteint d'un **trouble psychiatrique significatif du point de vue clinique** au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis. Un trouble psychiatrique significatif du point de vue clinique tel que

défini par 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-tend le fonctionnement mental.

2. Être directement exposé à un **événement traumatisant** dans les cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Les événements traumatisants comprennent, sans s'y limiter :

- le fait d'être exposé au combat militaire
- le fait de recevoir des menaces d'agression ou de subir des agressions physiques réelles
- le fait de recevoir des menaces ou de subir des violences sexuelles réelles
- le fait d'être enlevé ou d'être pris en otage
- le fait d'être victime d'une attaque terroriste
- le fait d'être torturé
- le fait d'être incarcéré comme prisonnier de guerre
- le fait d'être victime d'un désastre naturel ou causé par l'humain
- le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
- le fait d'avoir tué ou blessé une personne
- le fait de subir un incident médical catastrophique et soudain.

3. **Être témoin, en personne**, d'un événement traumatisant qui est arrivé à une autre personne dans les cinq ans précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter :

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

4. **Exposition répétée ou extrême** à des détails d'un événement traumatisant avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Les expositions comprennent, sans toutefois s'y limiter :

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

5. Vivre ou travailler dans un **environnement hostile ou mettant sa vie en danger** pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Les situations ou environnements où le danger de mort ou de blessure est présent 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.
6. Avoir une **affection médicale, chirurgicale ou psychiatrique** pour laquelle un traitement au moyen de cannabis a été autorisé ou prescrit dans les 12 mois précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.
 7. Être atteint d'une **maladie ou subir une blessure** constituant un danger de mort ou entraînant une grave déficience physique ou cognitive au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.
 8. Vivre le **décès d'un membre de sa famille ou d'un ami proche** au cours des cinq années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Remarque : La relation entre les personnes qui occupent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme une relation de famille ou d'ami proche.

9. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation pour un trouble lié à l'utilisation de cannabis

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de cannabis.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles liés à l'utilisation de substances
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles bipolaires et troubles connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – 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

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, seules ces affections sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la présente section.
- 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 lié à l'utilisation de cannabis et/ou de son traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Trouble lié à la consommation d'opioïdes

Critères relatifs à l'admissibilité d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes

Les substances prises en compte pour le droit à pension se limitent aux médicaments disponibles en vertu des lois canadiennes pour lesquels une identification numérique de drogue (DIN) a été délivrée par Santé Canada, qui ont été légalement prescrits en vertu des lois canadiennes et qui sont autorisées par un professionnel de la santé compétent pour le traitement de l'affection médicale ou dentaire d'un client.

Caractéristiques cliniques relatives au trouble lié à la consommation d'opioïdes

Les opioïdes comprennent les opioïdes naturels (tels que la morphine et la codéine), les opioïdes semi-synthétiques (tels que l'héroïne, l'oxycodone, l'hydrocodone, l'hydromorphone et l'oxymorphone) et les opioïdes synthétiques morphinomimétiques (tels que la méthadone, la mépéridine, le tramadol, le fentanyl et le carfentanyl).

Le trouble lié à la consommation d'opioïdes peut découler d'opioïdes sur ordonnance ou illicites. Le trouble lié à la consommation d'opioïdes consiste en une auto-administration compulsive et prolongée d'opioïdes à une fin autre qu'une fin médicale légitime ou pour une utilisation « non médicale » (par exemple, le dépassement de la quantité prescrite pour une affection médicale). Une tentative d'intoxication aux opioïdes peut entraîner une surdose mortelle ou non mortelle. Les surdoses d'opioïdes peuvent également se produire même si la personne ne cherchait pas s'intoxiquer au moyen de l'utilisation de substances.

Bien qu'historiquement l'utilisation non médicale d'opioïdes soit plus fréquente chez les personnes de sexe masculin, l'écart se rétrécit, surtout chez les adolescents, les personnes de sexe féminin présentant des taux plus élevés d'utilisation non médicale. Parmi les personnes qui ont un trouble lié à la consommation d'opioïdes, les personnes de sexe féminin ont tendance à avoir davantage des problèmes psychiatriques comorbides, comme un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, tandis que les personnes de sexe masculin sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé graves. Les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin reçoivent un traitement similaire, mais les voies qui les mènent à la

consommation d'opioïdes sont différentes; le trouble lié à la consommation d'opioïdes chez les personnes de sexe féminin commence plus souvent par des ordonnances médicales. La prévalence du trouble lié à la consommation d'opioïdes a tendance à diminuer avec l'âge, les personnes de sexe masculin présentant des taux plus élevés chez les jeunes adultes et les personnes de sexe féminin les dépassant chez les personnes plus âgées. En outre, les personnes LGBTQ+ présentent un risque de trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive plus élevé en raison de leur traumatisme et de leur isolement, ce qui met en évidence la nécessité d'adopter des approches thérapeutiques adaptées. Les traumatismes sexuels chez les militaires augmentent considérablement le risque de trouble lié à la consommation d'opioïdes chez les vétérans, surtout chez les personnes de sexe masculin.

Ensemble de critères relatifs au trouble lié à la consommation d'opioïdes

Les critères du trouble lié à la consommation d'opioïdes sont tirés du *DSM-5-TR*.

Pour les besoins d'AAC, la présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la [*Classification internationale des maladies, 11e édition \(CIM-11\)*](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Critère A

Consommation d'opioïdes problématique entraînant une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative, caractérisée par la survenue, au cours d'une période de 12 mois, d'au moins deux des situations suivantes :

1. les opioïdes sont souvent consommés en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'opioïdes
3. beaucoup de temps est consacré aux activités nécessaires pour obtenir les opioïdes, les utiliser ou se remettre de leurs effets
4. il y a un état de manque, c'est-à-dire un fort désir ou une forte envie de consommer des opioïdes
5. la consommation récurrente d'opioïdes entraîne l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison
6. la consommation d'opioïdes se poursuit en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets d'es opioïdes
7. des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de la consommation d'opioïdes
8. consommation récurrente d'opioïdes dans des situations où cela représente un danger physique

9. la consommation d'opioïdes se poursuit malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement causé ou exacerbé par les opioïdes
10. tolérance, telle qu'elle est définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) besoin de quantités d'opioïdes nettement plus importantes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
 - b) diminution marquée de l'effet lors de la consommation continue de la même quantité d'opioïdes

Remarque : On ne considère pas que ce critère doive être respecté dans le cas des personnes qui prennent des opioïdes uniquement sous une supervision médicale appropriée.

11. sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique des opioïdes (voir les critères A et B du sevrage des opioïdes dans le *DSM-5-TR*)
 - b) des opioïdes (ou une substance très similaire) sont consommés pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Remarque : On ne considère pas que ce critère doit être respecté dans le cas des personnes qui prennent des opioïdes uniquement sous une supervision médicale appropriée.

Considérations liées à l'admissibilité relatives au trouble lié à la consommation d'opioïdes

Section A : Causes et/ou aggravation d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie. Il s'agit d'expériences ou d'expositions qui ont une incidence sur la capacité de la personne à faire face au stress. 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 les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent un trouble lié à la consommation d'opioïdes, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs 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 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 relatifs au trouble lié à la consommation d'opioïdes

1. Avoir une **affection médicale ou chirurgicale** pour laquelle un traitement au moyen d'opioïdes a été prescrit dans les 12 mois précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes.
2. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation pour un trouble lié à la consommation d'opioïdes

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à la consommation d'opioïdes.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles liés à l'utilisation de substances
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles bipolaires et troubles connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)

- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – 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

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, seules ces affections sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la présente section.
- 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 lié à la consommation d'opioïdes et/ou son traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Critères relatifs à l'admissibilité d'un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Les substances prises en compte pour le droit à pension se limitent aux médicaments disponibles en vertu des lois canadiennes pour lesquels une identification numérique de drogue (DIN) a été délivrée par Santé Canada, qui ont

été légalement prescrits en vertu des lois canadiennes et qui sont autorisées par un professionnel de la santé compétent pour le traitement de l'affection médicale ou dentaire d'un client.

Caractéristiques cliniques relatives au trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Les sédatifs, les hypnotiques et les anxiolytiques comprennent les benzodiazépines, les médicaments semblables aux benzodiazépines (comme le zopiclone, le zolpidem, le zaleplon), les carbamates, les barbituriques et les hypnotiques semblables aux barbituriques (comme le propofol). Cette catégorie de substances comprend la plupart des somnifères sur ordonnance et des anxiolytiques. Ces substances sont des déprimeurs du cerveau et peuvent produire des troubles induits par une substance ou un médicament et des troubles liés à l'utilisation de substances semblables.

Les sédatifs, les hypnotiques et les anxiolytiques sont disponibles sur ordonnance et de façon illégale. Certaines personnes qui obtiennent ces substances sur ordonnance développeront un trouble d'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques; d'autres personnes qui font un mauvais usage de ces substances ou qui les consomment pour s'intoxiquer ne développeront pas de trouble d'utilisation. Le trouble d'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques est souvent associé à d'autres troubles liés à l'utilisation de substances.

Les sédatifs sont souvent utilisés pour atténuer les effets indésirables d'autres substances. La tolérance aux effets déprimeurs du tronc cérébral se développe beaucoup plus lentement. À mesure que la personne prend plus de substance pour atteindre l'euphorie ou d'autres effets souhaités, il peut subir une dépression respiratoire et une hypotension soudaines qui peuvent entraîner la mort. L'intoxication intense ou répétée au moyen de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques peut être associée à une dépression grave qui, bien que temporaire, peut accroître le risque de tentative de suicide ou de décès par suicide. Les différences entre les sexes dans la prévalence du trouble d'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques n'ont pas été observées de façon constante dans la recherche.

Ensemble de critères relatifs au trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Les critères du trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques sont tirés du *DSM-5-TR*.

Pour les besoins d'AAC, la présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la [*Classification internationale des maladies, 11e édition \(CIM-11\)*](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Critère A

L'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques problématique entraînant une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative, caractérisée par la survenue, au cours d'une période de 12 mois, d'au moins deux des situations suivantes :

1. les sédatifs, les hypnotiques et les anxiolytiques sont souvent consommés en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
3. beaucoup de temps est consacré à des activités qui visent à obtenir des sédatifs, des hypnotiques et des anxiolytiques, à consommer des sédatifs, des hypnotiques et des anxiolytiques ou à se remettre de leurs effets
4. état de manque ou envie intense d'utiliser des sédatifs, des hypnotiques et des anxiolytiques
5. consommation récurrente de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques entraînant l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex. absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques; négligence des enfants ou des tâches ménagères)
6. la consommation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques se poursuit en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques (p. ex. dispute avec un conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication; bagarres)
7. des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
8. utilisation récurrente de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques dans des situations où cela représente un danger physique (p. ex. conduite d'une automobile ou conduite d'une machine avec des facultés affaiblies par l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques)
9. la consommation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques se poursuit malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement causé ou exacerbé par les sédatifs, les hypnotiques ou les anxiolytiques
10. tolérance, telle qu'elle est définie par l'un ou l'autre des signes suivants :

- a) besoin de quantités de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques nettement plus importantes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
- b) diminution marquée de l'effet lors de la consommation continue de la même quantité de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Remarque : On ne considère pas que ce critère doit être respecté dans le cas des personnes qui utilisent des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques uniquement sous une supervision médicale appropriée.

11. sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des signes suivants :

- a) syndrome de sevrage caractéristique de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques (voir les critères A et B du sevrage des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques dans le *DSM-5-TR*)
- b) des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques (ou une substance très similaire, comme l'alcool) sont consommés pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Remarque : On ne considère pas que ce critère doit être respecté dans le cas des personnes qui utilisent des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques uniquement sous une supervision médicale appropriée.

Considérations liées à l'admissibilité relatives au trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Section A : Causes et/ou aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait 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 à faire face au stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent 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 les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent

concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs 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 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 relatifs au trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

1. Avoir une **affection médicale ou chirurgicale** pour laquelle un traitement au moyen de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques a été prescrit dans les 12 mois précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques.
2. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation pour un trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles liés à l'utilisation de substances
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles bipolaires et troubles connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- Troubles neurodéveloppementaux

- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – 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

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, seules ces affections sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la présente section.
- 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 qui peuvent découler en totalité ou en partie d'un trouble de l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques et/ou de son traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Trouble lié à l'utilisation de stimulants

Critères relatifs à l'admissibilité d'un trouble lié à l'utilisation de stimulants

Les substances prises en compte pour le droit à pension se limitent aux médicaments disponibles en vertu des lois canadiennes pour lesquels une identification numérique de drogue (DIN) a été délivrée par Santé Canada, qui ont été légalement prescrits en vertu des lois canadiennes et qui sont autorisées par un

professionnel de la santé compétent pour le traitement de l'affection médicale ou dentaire d'un client.

Caractéristiques cliniques relatives au trouble lié à l'utilisation de stimulants

Les stimulants sont un type de substance psychoactive qui augmente l'activité cérébrale et qui peut temporairement accroître la vigilance, l'humeur et l'état d'éveil. Les stimulants comprennent, sans s'y limiter, les amphétamines et les stimulants d'ordonnance qui ont des effets semblables.

L'utilisation de stimulants peut être chronique ou épisodique, les épisodes d'utilisation excessive peuvent être ponctués de brèves périodes de non-utilisation. Il est courant qu'une personne qui ingère ou s'administre par voie intraveineuse de fortes doses ait un comportement agressif ou violent. Une dose élevée peut provoquer une anxiété temporaire intense qui peut ressembler au trouble panique ou au trouble d'anxiété généralisée. Elle peut aussi provoquer des idées paranoïaques et des épisodes psychotiques qui ressemblent à la schizophrénie.

La consommation d'amphétamines et de méthamphétamines a augmenté. Ces dernières années, la prévalence du trouble lié à la consommation de méthamphétamine a plus que triplé chez les personnes de sexe féminin hétérosexuelles et plus que doublé chez les personnes de sexe masculin hétérosexuels.

Ensemble de critères relatifs au trouble lié à l'utilisation de stimulants

Les critères du trouble lié à l'utilisation de stimulants sont tirés du *DSM-5-TR*.

Pour les besoins d'AAC, la présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la [*Classification internationale des maladies, 11e édition \(CIM-11\)*](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Critère A

L'utilisation de substance de type amphétamine, de cocaïne ou d'autres stimulants entraînant une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative, caractérisée par la survenue, au cours d'une période de 12 mois, d'au moins deux des situations suivantes :

1. les stimulants sont souvent utilisés en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de stimulants

3. beaucoup de temps est consacré aux activités nécessaires pour obtenir les stimulants, les utiliser ou se remettre de leurs effets
4. état de manque ou envie intense d'utiliser des stimulants
5. la consommation récurrente de stimulants entraîne l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison
6. utilisation continue de stimulants malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets des stimulants
7. des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de stimulants
8. consommation récurrente de stimulants dans des situations où cela représente un danger physique
9. l'utilisation de stimulants se poursuit malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement causé ou exacerbé par les stimulants
10. tolérance, telle qu'elle est définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) besoin de quantités de stimulants nettement plus importantes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
 - b) diminution marquée de l'effet lors de la consommation continue de la même quantité de stimulants

Remarque : On ne considère pas que ce critère doit être respecté dans le cas des personnes qui utilisent des stimulants uniquement sous une supervision médicale appropriée, comme des médicaments pour trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou la narcolepsie.

11. sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique des stimulants (voir les critères A et B du sevrage des stimulants dans le *DSM-5-TR*)
 - b) des stimulants (ou une substance très similaire) sont consommés pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Remarque : On ne considère pas que ce critère doit être respecté dans le cas des personnes qui utilisent des stimulants uniquement sous une supervision médicale appropriée, comme des médicaments pour trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou la narcolepsie.

Considérations liées à l'admissibilité relatives au trouble lié à l'utilisation de stimulants

Section A : Causes et/ou aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de stimulants

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait 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 à faire face au stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent 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 les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent un trouble lié à l'utilisation de stimulants et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs 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 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 relatifs au trouble lié à l'utilisation de stimulants

1. Avoir une **affection médicale, chirurgicale ou psychiatrique** pour laquelle un traitement au moyen de médicaments stimulants a été prescrit dans les 12 mois précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble lié à l'utilisation de stimulants.
2. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble lié à l'utilisation de stimulants.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation pour un trouble lié à l'utilisation de stimulants

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de stimulants.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles liés à l'utilisation de substances
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles bipolaires et troubles connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles obsessionnels compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – 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

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, seules ces affections sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du trouble lié à l'utilisation de substances.

- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la présente section.
- 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 qui peuvent découler en totalité ou en partie d'un trouble lié à l'utilisation de stimulants et/ou de son traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [État de stress post-traumatique – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Hypertension – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Maladie ulcéreuse gastroduodénale – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Pancréatite chronique – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Reflux gastro-œsophagien pathologique - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Schizophrénie – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles anxieux – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles bipolaires et connexes – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'adaptation - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles dépressifs – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments – 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 (2008). *Statement of Principles concerning adjustment disorder (Balance of Probabilities)* (No. 37 of 2008). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2008). *Statement of Principles concerning adjustment disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 38 of 2008). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority (2018). *Statement of Principles concerning adjustment disorder (Balance of Probabilities)* (No. 24 of 2016). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2018). *Statement of Principles concerning adjustment disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 23 of 2016). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Bachem, R., & Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243-253.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.034>

- Barbosa-Leiker, C., Campbell, A.N., McHugh, R.K., Guille, C. et Greenfield, S.F. (2021). *Opioid use disorder in women and the implications for treatment*.
- Beckman, K.L., Williams, E.C., Hebert, P.L., Frost, M.C., Rubinsky, A.D., Hawkins, E.J. et Lehavot, K. (2022). Associations among military sexual trauma, opioid use disorder, and gender. *American journal of preventive medicine*, 62(3), 377-386.
- 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=case1458924994
- 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>

- Chen, P. F., Chen, C. S., Chen, C. C., & Lung, F. W. (2011). Alexithymia as a screening index for male conscripts with adjustment disorder. *Psychiatric Quarterly*, 82, 139-150. <https://doi.org/10.1007/s1126-010-9156-9>
- 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>
- For-Wey, L., Fei-Yin, L., & Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167(8), 678-682. <https://doi.org/10.1093/milmed/167.8.678>
- Giotakos, O., & Konstantakopoulos, G. (2002). Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Military Medicine*, 167(1), 28-33. <https://doi.org/10.1093/milmed/167.1.28>
- 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>
- 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>

- 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>
- Hamama-Raz, Y., Ben-Ezra, M., & Lavenda, O. (2021). Factors associated with adjustment disorder – The different contribution of daily stressors and traumatic events and the mediating role of psychological well-being. *Psychiatric Quarterly*, 92, 217–227. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09779-6>
- Harper, K. L., Blosnich, J. R., Livingston, N., Vogt, D., Bernhard, P. A., Hoffmire, C. A., Maguen, S., & Schneiderman, 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/tra0001102>
- 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>
- Kelber, M. S., Morgan, M. A., Beech, E. H., Smolenski, D. J., Bellanti, D., Galloway, L., Suman, S., Otto, J. L., Garvey Wilson, A. L., Bush, N. & Belsher, B. E. (2022).

Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *Journal of Affective Disorders*, 304, 43-58.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.038>

Kerridge, B.T., Saha, T.D., Chou, S.P., Zhang, H., Jung, J., Ruan, W.J. et Hasin, D.S. (2015).

Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Drug and alcohol dependence*, 156, 47-56.

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., & Blosnich, 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>

- Mazure, C.M. Et Fiellin, D.A. (2018). Women and opioids: something different is happening here. *The Lancet*, 392(10141), 9-11.
- 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>
- McHugh, R.K., Nguyen, M.D., Chartoff, E.H., Sugarman, D.E. et Greenfield, S.F. (2021). Gender differences in the prevalence of heroin and opioid analgesic misuse in the United States, 2015–2019. *Drug and alcohol dependence*, 227, 108978.
- McKenzie, A., Burdett, H., Croak, B., Rafferty, L., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2022). Adjustment disorder in the armed forces: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 1–23. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2140792>
- 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>
- 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>
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment disorder: Current developments and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>

- Peltier, M.R., Sofuoglu, M., Petrakis, I.L., Stefanovics, E. et Rosenheck, R.A. (2021). Sex differences in opioid use disorder prevalence and multimorbidity nationally in the Veterans Health Administration. *Journal of dual diagnosis*, 17(2), 124-134.
- 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>
- Rhee, T.G., Peltier, M.R., Sofuoglu, M. et Rosenheck, R.A. (2020). Do sex differences among adults with opioid use disorder reflect sex-specific vulnerabilities? a study of behavioral health comorbidities, pain, and quality of life. *Journal of addiction medicine*, 14(6), 502-509.
- 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>
- Rundell, J. R. (2006). Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 352-356. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.04.006>
- 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>

Shrestha, A., Cornum, B. R., Vie, L. L., Scheier, L. M., Lester, M. P. B., & Seligman, M. E.

(2018). Protective effects of psychological strengths against psychiatric disorders among soldiers. *Military Medicine*, 183(suppl_1), 386-395.

<https://doi.org/10.1093/milmed/usx189>

Walter, L.A., Bunnell, S., Wiesendanger, K. et McGregor, A.J. (2022). Sex, gender, and

the opioid epidemic: Crucial implications for acute care. *AEM Education and*

Training, 6, S64-S70. <https://doi.org/10.1002/aet2.10756>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases*

and related health problems (11th Revision). <https://icd.who.int/>

Xiao, P., Dai, Z., Zhong, J., Zhu, Y., Shi, H., & Pan, P. (2015). Regional gray matter deficits

in alcohol dependence: A meta-analysis of voxel-based morphometry studies.

Drug and Alcohol Dependence, 153, 22-28.