

1942-20

BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE
BRANCHE DE LA STATISTIQUE DES INSTITUTIONS

MINISTÈRE DU COMMERCE
OTTAWA, CANADA

MANUEL

*sur la classification et la
définition des*

DÉSORDRES MENTAUX

À L'USAGE DES HÔPITAUX
POUR MALADIES
MENTALES

Publié par ordre de

L'HON. JAS. A. MacKINNON, M.P.
Ministre du Commerce

Ottawa
Edmond Cloutier
Imprimeur de Sa Très Excellente Majesté le Roi
1942

MANUEL

*sur la classification et
la définition des*

DÉSORDRES MENTAUX

À L'USAGE DES HÔPITAUX
POUR MALADIES
MENTALES

Une plus stricte économie rend impérieuse une réduction dans la consommation de papier, enveloppes et travail pour publications distribuées à titre gracieux. En conséquence, la présente livraison de cette publication est la dernière à vous parvenir à moins que vous désiriez la continuation de ce service et, en telle éventualité, vous devez en aviser ce Bureau et donner les raisons la justifiant.

1942-20

PRÉFACE

La classification révisée, adoptée par le Comité des Statistiques de l'Association de Psychiatrie et approuvée par cette association en 1934, a été adoptée par le Comité National d'Hygiène Mentale (Canada) pour usage dans tous les hôpitaux d'aliénés du Canada à compter du 1er janvier 1939.

Pour fins statistiques, la forme condensée de la classification des maladies mentales, telle que contenue dans le nouveau manuel, est recommandée dans la préparation des fiches particulières parce que les rapports requis et préparés par le Bureau sont basés sur cette classification.

Des suggestions pratiques à la préparation des rapports ainsi que des instructions et définitions pour remplir les fiches font aussi partie du manuel.

S. A. CUDMORE,
STATISTICIEN DU DOMINION.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
PRÉFACE.....	3
I. CLASSIFICATION REVISÉE DES MALADIES MENTALES.....	5
II. CLASSIFICATION CONDENSÉE DES MALADIES MENTALES.....	10
III. DÉFINITIONS ET NOTES EXPLICATIVES.....	14
Psychoses dues ou associées à une infection.....	14
Psychoses dues à une intoxication.....	17
Psychoses toxiques exogènes.....	20
Psychoses dues à un traumatisme (psychoses traumatiques).....	21
Psychoses dues à des troubles circulatoires.....	22
Psychoses avec crise convulsives (épilepsie).....	24
Psychopathies dues à des troubles du métabolisme, de la croissance, de la nutrition et des glandes endocrines.....	24
Psychopathies avec tumeur.....	28
Psychopathies dues à des causes inconnues ou héréditaires, mais associées à des transformations organiques.....	28
Troubles mentaux soit d'origine constitutionnelle, soit sans cause clairement définie et localisée, soit sans altération organique.....	28
Psychonévroses.....	29
Psychoses maniaques dépressives.....	31
Démence précoce (schizophrénie).....	32
Paranoïa.....	34
Psychoses chez psychopathes constitutionnels.....	35
Psychoses chez les arriérés mentaux.....	36
Psychopathies non diagnostiquées.....	36
Sans psychose.....	36
Troubles essentiels du comportement.....	37
IV. SUGGESTIONS PRATIQUES À LA PRÉPARATION DES RAPPORTS....	39
Sources de l'information.....	40
Fiches statistiques.....	40
Instructions pour remplir les fiches.....	41
Définitions pour remplir les rapports.....	41
Définitions pour remplir les fiches.....	43

I. CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES*

00-1 Psychoses dues ou associées à une infection

- 00y-147 Psychoses avec syphilis du système nerveux central.
 - 002-147 Forme méningo-encéphalitique (paralysie générale).
 - 003-147 Forme méningo-vasculaire (syphilis cérébrale).
 - 004-147 Psychoses avec gommages intracrâniennes.
 - 00y-147 Autres formes (spécifier).
- 008-123 Psychoses au cours d'une méningite tuberculeuse.
- 008-190 Psychoses au cours d'une méningite (non déterminée).
- 003-163 Psychoses au cours d'une encéphalite épidémique.
- 004-196 Psychoses au cours d'une chorée aiguë (Sydenham).
- 009-1y0 Psychoses au cours d'autres maladies infectieuses (spécifier).
- 009-1xx Psychoses à la suite d'une infection (spécifier l'infection).

00-3 Psychoses dues à une intoxication.

- 001-332 Psychopathies alcooliques.
 - 002-332 Intoxication pathologique.
 - 003-332 Delirium tremens.
 - 004-332 Psychose de Korsakow.
 - 007-332 Forme hallucinatoire consciente.
 - 00y-332 Autres formes (spécifier).
- 002-300 Psychoses toxiques exogènes.
 - 002-310 Psychoses dues aux métaux (spécifier).
 - 002-350 Psychoses dues aux gaz (spécifier).
 - 002-370 Psychoses dues à l'opium et à ses dérivés.
 - 002-3y0 Psychoses dues à d'autres toxiques (spécifier).

00-4 Psychoses traumatiques.

- 009-42x Délire traumatique.
- 009-4x9 Troubles post-traumatiques de la personnalité.
- 003-4xx Démence post-traumatique.
- 003-4y0 Autres formes (spécifier).

00-5.0 Psychoses dues à des troubles circulatoires.

- 003-512 Psychoses au cours d'une embolie cérébrale.
- 003-516 Psychoses au cours de l'artériosclérose cérébrale.
- 009-5xx Psychoses au cours d'affection cardio-rénale.
- 003-50y Autres affections (spécifier).

* On peut, en plus du diagnostic, signaler et nommer, à discrétion, les manifestations symptomatiques.

NOTA.—"Y" indique un diagnostic incomplet. On doit le remplacer, quand la chose est possible, par un chiffre indiquant un diagnostic précis.

00-5.5 Psychoses avec crises convulsives (épilepsie).

- 003-550 Démence épileptique.
- 003-560 Etat crépusculaire épileptique.
- 003-55y Autres formes épileptiques.

00-7 Psychoses dues à des troubles du métabolisme, de la croissance, de la nutrition et des glandes endocrines.

- 001-79x Psychopathies séniles.
 - 002-79x Démence simple.
 - 003-79x Forme presbyophrénique.
 - 004-79x Forme délirante et confusionnelle.
 - 005-79x Forme dépressive et maniaque.
 - 006-79x Forme paranoïde.
- 007-79x Maladie d'Alzheimer.
- 001-796 Psychoses d'involution.
 - 002-796 Mélancolie.
 - 003-796 Forme paranoïde.
 - 00y-796 Autres formes (spécifier).
- 00x-770 Psychoses au cours de maladies des glandes endocrines (spécifier).
- 009-712 Psychose d'épuisement.
- 009-766 Psychoses avec pellagre.
- 009-yxx Psychoses au cours d'autres maladies somatiques (spécifier).

00-8 Psychoses dues à un néoplasme.

- 003-8xx Psychoses avec tumeurs cérébrales.
- 009-8xx Psychoses avec autres tumeurs (spécifier).

00-9 Psychoses dues à des causes inconnues ou héréditaires, mais associées à des modifications organiques.

- 006-953 Psychoses avec sclérose en plaques.
- 004-953 Psychoses avec paralysie agitante.
- 004-992 Psychoses avec chorée de Huntington.
- 004-9y0 Psychoses avec autres affections cérébrales ou nerveuses (spécifier).

00-x Troubles mentaux soit d'origine constitutionnelle, soit sans cause clairement définie et localisée, soit sans altération organique.

Psychonévroses—Les manifestations symptomatiques devraient être nommées et signalées avec le diagnostic. (Référer à la classification supplémentaire des manifestations pathologiques du système nerveux tel que rapporté dans la Nomenclature officielle du classement des maladies où l'on trouve les symptômes et leur numéro.)

Hystérie.

- 002-x00 Anxiété hystérique.

- 002-x10 Transformation hystérique.
- 002-x11 Anesthésies hystériques—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: x12 amaurose; x06 surdité; 55x insensibilité de.....; x41 anosmie.
- 002-x12 Paralysie hystérique—Indiquer les manifestations symptomatiques; e. g.: 561 monoplégie; 563 hémiplégie; x32 ophthalmoplégie; 956 aphonie.
- 002-x13 Hypertonie hystérique—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 225 tic (facial ou autre); 222 spasme; 228 tremblement; 20x catatonie; 936 catalepsie; 934 convulsions; 302 dysarthrie; 301 bégaiement.
- 002-x14 Paresthésies hystériques—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 506 dysesthésie; 507 parsthésie.
- 002-x15 Autonomies hystériques—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 154 hypéridrose; 153 œdème; 159 ulcération.
- 002-x16 Amnésies hystériques—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 901 fugues; 911 amnésie; 917 somnambulisme; 936 catalepsie; 902 léthargie; 903 dédoublement de la personnalité; 931 états délirants; x07 hallucinations de l'ouïe; 904 onirisme; 933 stupeur.
- 002-x1x Psychonévrose hystérique polymorphe—Indiquer les phénomènes polymorphes en se servant des différents symptômes signalés ci-dessus ou dans la classification supplémentaire.

Psychasthénie ou états obsédants.

- 002-x21 Obsession—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 905 obsessions à toucher; 906 obsessions à additionner (les pas, etc.); 908 obsessions à prononcer certains mots; 971 kleptomanie; 974 dipsomanie; 972 pyromanie; 973 trichotillomanie; 907 obsessions-doute.
- 002-x22 Tics et spasmes obsédants—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 225 tremblement; 227 spasmes ou tics professionnels; 226 tics ou spasmes par habitude morbide; 224 "spasms nutans"; 301 bégaiement; 302 balbutiement.
- 002-x23 Phobies—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 983 claustrophobie; 984 syphilophobie; 985 agoraphobie; 906 misophobie.
- 002-x2x Etats obsédants mixtes—Indiquer les phénomènes polymorphes en se servant des différents symptômes signalés ci-dessus ou dans la classification supplémentaire.
- 002-x30 Neurasthénie.
- 002-x31 Hypochondrie.
- 002-x32 Réactions dépressives (simple réaction aux circonstances, autres réactions).
- 002-x33 Etats anxieux.
- 002-x0x Psychonévrose polymorphe—Indiquer les phénomènes polymorphes en se servant des différents symptômes signalés ci-dessus ou dans la classification supplémentaire: 981 anxiété; 982 dépression; 415 surmenage.

- 001-x10 Psychoses maniaques dépressives.
 - 001-x11 Forme maniaque.
 - 001-x12 Forme mélancolique.
 - 001-x13 Forme cyclothymique.
 - 001-x14 Forme mixte.
 - 001-x15 Forme douteuse.
 - 001-x16 Forme stuporeuse.
 - 001-x1y Autres formes.
- 001-x20 Démence précoce (schizophrénie).
 - 001-x21 Forme simple.
 - 001-x22 Forme hétérophrénique.
 - 001-x23 Forme catatonique.
 - 001-x24 Forme paranoïde.
 - 001-x2y Autres formes.
- 001-x30 Paranoïa.
- 001-x31 Etats paranoïaques.
- 001-x40 Psychoses chez psychopathes constitutionnels.
- 001-x50 Psychoses chez arriérés mentaux.

00-y Psychoses non diagnostiquées.

y0-y Psychopathes non délirants.

NOTA.—Ce diagnostic est réservé aux hôpitaux psychiatriques et psychopatiques qui sont obligés de tenir compte des patients admis pour observation ou pour toute autre raison légitime. En plus d'être classés dans le groupe des "Psychopathes non délirants", ces cas sont aussi enregistrés en termes positifs comme suit :

- 930-yxx Epilepsie.
- 000-332 Alcoolisme.
- 000-3xx Toxicomanie.
- 000-yxx Arriération mentale.
- 000-163 Troubles de la personnalité dus à l'encéphalite épidémique.
- 000-x40 Etat psychopathique constitutionnel.
 - 000-x41 Avec anomalie sexuelle—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 991 homosexualité; 902 érotomanie; 993 perversion sexuelle; 994 frigidité complète ou incomplète.
 - 000-x42 Avec anomalie de l'émotivité—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 041 constitution schizoïde; 042 constitution cyclothymique; 913 constitution paranoïaque; 043 hyperémotivité.
 - 000-x43 Avec tendances amORAles et antisociales—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 044 anti-sociabilité; 047 mendicité morbide; 046 affaiblissement du sens moral; 048 vagabondage; 987 misanthropie.
 - 000-x4x Formes mixtes—Indiquer les manifestations symptomatiques.

Troubles primitifs du comportement.

- 000x61 Simple inadaptabilité chez l'adulte.
 Troubles primitifs du comportement chez l'enfant.
- 000-x71 Mauvaises habitudes—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 031 se ronger les ongles; 032 se sucer le pouce; 741 énurésie; 034 masturbation; 033 accès de colère.
- 000-x72 Conduite désordonnée—Indiquer les manifestations symptomatiques; e. g.: 04x faire l'école buissonnière; 050 tempérament querelleur; 051 désobéissance; 059 manque de franchise; 054 vol; 055 faux; 056 mettre le feu; 053 tendances destructives; 057 usage d'alcool; 058 usage de narcotiques; 052 cruauté; 995 attentats à la pudeur; 049 vagabondage.
- 000-x73 Traits névrosiques—Indiquer les manifestations symptomatiques, e. g.: 223 tics; 226 spasmes par habitudes; 917 somnambulisme; 302 begaiement; 009 hyperactivité; 980 frayeurs.

II. CLASSIFICATION CONDENSÉE DES MALADIES MENTALES

L'emploi de la classification complète des maladies mentales dans les tableaux statistiques étant impossible, celle qui suit a été condensée pour cette fin.

On recommande donc de faire ressortir les principaux groupes avec leurs subdivisions.

Si l'on tient compte de ces recommandations, les statistiques basées sur cette classification seront, en général, comparables à celles que les hôpitaux, faisant usage du système uniforme, ont compilées au cours des vingt dernières années.

En vue d'établir un diagnostic complet dans les histoires de cas ou pour fins de recherches, la classification détaillée est recommandée.

N°

01 Psychoses au cours de méningo-encéphalite syphilitique (paralysie générale).

02 Psychoses au cours d'autres formes de syphilis du système nerveux central.

021 Forme méningo-vasculaire (syphilis cérébrale).

022 Avec gomme intracrânienne.

023 Autres formes (spécifier).

03 Psychoses au cours d'une encéphalite épidémique.

04 Psychoses au cours d'autres maladies infectieuses.

041 Avec méningite tuberculeuse.

042 Avec méningite (indéterminée).

043 Au cours de la chorée aiguë (Sydenham).

044 Au cours d'autres maladies infectieuses (spécifier).

045 Psychoses à la suite d'une infection (spécifier l'infection).

05 Psychopathies alcooliques.

051 Intoxication pathologique.

052 Delirium tremens.

053 Psychose de Korsakow.

054 Forme hallucinatoire consciente.

055 Autres formes (spécifier).

06 Psychoses toxiques exogènes.

061 Métaux (spécifier).

062 Les gaz (spécifier).

063 Opium et ses dérivés.

064 Autres toxiques exogènes (spécifier).

07 Psychoses traumatiques.

- 071 Délire traumatique.
- 072 Troubles post-traumatiques de la personnalité.
- 073 Affaiblissement intellectuel post-traumatique.
- 074 Autres formes (spécifier).

08 Psychopathies au cours de l'artériosclérose cérébrale.**09 Psychoses au cours d'autres affections circulatoires.**

- 091 Embolie cérébrale.
- 092 Affection cardio-rénale.
- 093 Autres affections (spécifier).

10 Psychoses avec crises convulsives (épilepsie).

- 101 Démence épileptique.
- 102 Etat crépusculaire épileptique.
- 103 Autres formes épileptiques.

11 Psychopathies séniles.

- 111 Démence simple.
- 112 Forme presbyophrénique.
- 113 Forme délirante et confusionnelle.
- 114 Forme dépressive et maniaque.
- 115 Forme paranoïde.

12 Psychoses d'involution.

- 121 Mélancolie.
- 122 Forme paranoïde.
- 123 Autres formes (spécifier).

13 Psychoses avec autres maladies somatiques.

- 131 Troubles endocriniens (spécifier).
- 132 Psychose d'épuisement.
- 133 Maladie d'Alzheimer.
- 134 Avec pellagre.
- 135 Avec autres maladies (spécifier).

14 Psychoses dues à un néoplasme.

- 141 Tumeur cérébrale.
- 142 Autres tumeurs (spécifier).

15 Psychopathies accompagnant d'autres affections organiques du système nerveux.

- 151 Sclérose en plaques.
- 152 Paralyse agitante.
- 153 Chorée de Huntington.
- 154 Autres affections cérébrales ou nerveuses (spécifier).

16 Psychonévroses.

- 161 Hystérie (forme anxieuse, hystérie de conversion et subdivisions).
- 162 Psychasthénie et subdivisions.
- 163 Neurasthénie.
- 164 Hypochondrie.
- 165 Réaction dépressive (simples réactions aux circonstances, autres formes).
- 166 Anxiété.
- 167 Psychonévroses mixtes.

17 Psychoses maniaques dépressives.

- 171 Forme maniaque.
- 172 Forme mélancolique.
- 173 Forme circulaire.
- 174 Forme mixte.
- 175 Forme douteuse.
- 176 Forme stuporeuse.
- 177 Autres formes.

18 Démence précoce (schizophrénie).

- 181 Forme simple.
- 182 Forme hébéphrénique.
- 183 Forme catatonique.
- 184 Forme paranoïde.
- 185 Autres formes.

19 Paranoïa et états paranoïaques.

- 191 Paranoïa.
- 192 Etats paranoïaques.

20 Psychoses chez psychopathes constitutionnels.**21 Psychoses chez arriérés mentaux.****22 Psychopathies non diagnostiquées.****23 Sans psychose.**

- 231 Epilepsie.
 - 231a Epilepsie seulement.
 - 231b Epilepsie avec arriération mentale.
- 232 Alcoolisme.
- 233 Narcomanie.
- 234 Arriération mentale.
 - 234a Idiotie.
 - 234b Imbécillité.
 - 234c Débilité mentale.
 - 234d Types non spécifiés.

- 235 Troubles de la personnalité dus à l'encéphalite épidé-
mique.
- 236 Constitution psychopathique.
 - 2361 Avec sexualité pathologique.
 - 2362 Avec émotivité pathologique.
 - 2363 Avec tendances amORALES et antisociales.
 - 2364 Formes mixtes.

24 Troubles essentiels du comportement.

- 241 Simple inadaptabilité chez l'adulte.
- 242 Troubles essentiels du comportement chez l'enfant.
 - 2421 Habitudes désordonnées.
 - 2422 Conduite désordonnée.
 - 2423 Tics nerveux.

III. DÉFINITIONS ET NOTES EXPLICATIVES

Les définitions des divers groupes cliniques et les notes explicatives qui suivent ont été rédigées par le docteur Clarence O. Cheney, directeur de l'Hôpital et de l'Institut psychiatriques de la ville de New-York.

***00-1 Psychoses dues ou associées à une infection**

00y-147 PSYCHOSES AVEC SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Il est à souhaiter que les cas seront classifiés sous les sous-groupes (002, 003, 004, 00y). Un cas ne doit être classifié sous cette rubrique générale qu'après avoir tenté tout effort raisonnable pour déterminer le processus pathologique dominant.

002-147 FORME MÉNINGO-ENCÉPHALITIQUE (paralysie générale)

L'ancien terme de description clinique, paralysie générale, a été remplacé, dans la présente classification, par un terme indiquant le processus pathologique fondamental. Sous ce titre doivent être classifiés tous les cas présentant des troubles organiques, intellectuels et émotionnels, à évolution lente ou rapide, avec des signes et symptômes de la syphilis parenchymateuse du système nerveux, accompagnés de réactions sérologiques absolument positives, y compris la courbe de l'or colloïdal, caractéristique de la paralysie générale. Il faut inclure dans ce groupe, et non ailleurs, les cas présentant des symptômes de psychose maniaque dépressive, de démence précoce ou d'autres psychopathies constitutionnelles, mais qui manifestent en même temps des signes physiques et des symptômes de syphilis nerveuse, des réactions sérologiques positives, particulièrement celle de l'or colloïdal.

Il faut se rappeler qu'avec la thérapeutique moderne un certain nombre de paralytiques généraux peuvent présenter des résultats sérologiques négatifs. Ici, il faut prendre en considération, en faisant la classification finale, l'histoire clinique, particulièrement ce qui a trait à la durée et à la nature du traitement.

003-147 FORME MÉNINGO-VASCULAIRE (syphilis cérébrale)

Devront être groupés ici les cas dont l'histoire clinique, les signes et symptômes, y compris les recherches

* Les numéros du code sont ceux employés dans "La Nomenclature classifiée officielle des Maladies", préparée par la Conférence Nationale sur la nomenclature des maladies, publiée par le Commonwealth Fund, New-York.

sérologiques, démontrent que l'infection dès le début et de façon prédominante a envahi les méninges et les vaisseaux sanguins plutôt que le parenchyme du système nerveux. Le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale repose sur les constatations suivantes: début relativement rapide après l'infection, apparition soudaine d'un état confusionnel ou délirant, lésions localisées, généralement sous forme de paralysie des paires crâniennes, crises apoplectiformes, énumération très élevées des cellules du liquide céphalo-rachidien, réaction de Wassermann positive dans le sang et négative dans le liquide, courbe luetique de l'or colloïdal et, souvent, promptes réactions au traitement antisypilitique. On doit également loger à cette enseigne les cas de méningite sypilitique chronique avec affaiblissement bénin ou grave, dans la sphère émotionnelle ou intellectuelle, mais dont le tableau clinique diffère généralement de celui de la paralysie générale. Les cas ayant l'allure d'une psychose basée sur des lésions cérébrales dues à des troubles vasculaires, considérés comme étant de nature sypilitique, doivent être classés sous cette rubrique plutôt qu'au chapitre des "Psychoses dus à des troubles circulatoires". Déterminer la nature sypilitique de la maladie vasculaire peut présenter des difficultés dans les vieux cas de syphilis soumis à de multiples traitements, parce que les résultats des examens sérologiques peuvent être entièrement négatifs. Une histoire de syphilis traitée, de troubles vasculaires anciens et des signes de vieille syphilis facilitent le diagnostic différentiel.

004-147 PSYCHOPATHIES DUES À UNE GOMME INTRACRANIENNE

Sous cet en-tête, il faut classer ces cas comparativement rares où le processus pathologique prédominant est une formation gommeuse soit simple, soit multiple. Dans la plupart des cas, les gommages font partie d'un processus méningo-vasculaire diffus qui devrait servir à leur classification. On rencontre occasionnellement des gommages solitaires de grande dimension donnant les symptômes de pression intracrânienne avec ou sans signe de localisation circonscrite. Les recherches sérologiques aident à différencier ces gommages des autres tumeurs intracrâniennes. N'oublions pas que des personnes souffrant de syphilis généralisée peuvent être porteuses de tumeurs cérébrales et que la coexistence d'un Wassermann positif dans le sang et de signes de tumeur intracrânienne n'indique pas nécessairement la présence d'une gomme. L'exa-

men du liquide céphalo-rachidien est nécessaire. La réaction au traitement antisypilitique peut faciliter la classification.

00y-147 AUTRES FORMES (spécifier)

Ici doivent être groupés les cas relativement peu fréquents de psychoses avec syphilis du système nerveux central non compris dans les groupes précédemment mentionnés, telles que les psychoses tabétiques, pourvu qu'il soit bien établi que ces cas n'appartiennent, comme il arrive fréquemment, ni au groupe de la paralysie générale, ni à celui de la syphilis cérébrale. Les psychoses attribuées ou associées à une méningo-myélite sypilitique peuvent être classifiées ici sous la même réserve.

008-123 PSYCHOSES AU COURS D'UNE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Les psychoses qui apparaissent durant l'évolution d'une méningite tuberculeuse confirmée doivent être classifiées ici. Si la méningite tuberculeuse se développe au cours d'une psychopathie, il ne faut pas l'inscrire ici mais dans le groupe de la psychopathie elle-même.

008-190 PSYCHOSES AU COURS D'UNE MÉNINGITE (non déterminée)

Ici, on doit grouper les cas de méningite dont la nature ne peut être déterminée. Les psychoses associées à d'autres formes de méningite spécifiquement déterminées doivent être rapportées dans leurs groupes propres.

003-163 PSYCHOSES AU COURS D'UNE ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Ce groupe doit comprendre les perturbations psychiques associées à des phases aiguës de l'encéphalite épidémique, telles que le délire ou la stupeur et les formes chroniques où persistent des troubles évidents dans la sphère intellectuelle et émotionnelle. Cet affaiblissement se traduit par une diminution de l'attention volontaire, par un manque d'intérêt spontané et d'initiative; la mémoire est souvent peu touchée. Ici et là, on peut constater de l'apathie, de la dépression, de l'euphorie, de l'anxiété ou de l'instabilité émotionnelle.

004-196 PSYCHOPATHIE ACCOMPAGNANT LA CHORÉE AIGUË DE SYDENHAM

On doit inscrire ici les patients manifestant des troubles mentaux aigus ou chroniques associés à la chorée de Sydenham, qui elle-même peut être accompagnée d'encéphalopathie plus ou moins marquée. Il faut prendre soin

de distinguer cette forme de chorée de la chorée hystérique. Une histoire de rhumatisme, d'attaques répétées d'amygdalite, la présence d'une maladie de cœur et de température faciliteront le diagnostic différentiel de la chorée de Sydenham.

009-1y0 PSYCHOSES AU COURS D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES (spécifier)

Il faut classer sous ce titre les psychoses qui doivent être essentiellement attribuées ou associées à des maladies infectieuses, particulièrement au cours de la période fébrile. Le tableau clinique le plus fréquemment rencontré est celui d'un état délirant avec ou sans agitation motrice ou hallucinations. L'état de conscience subit de fréquentes fluctuations; les attaques ne laissent aucun souvenir. Ces psychoses infectieuses sont particulièrement susceptibles de se développer au cours de l'influenza, de la pneumonie, des fièvres typhoïdes et du rhumatisme articulaire aigu. On s'appliquera, en faisant la classification, à séparer ces psychoses infectieuses des autres psychoses, particulièrement de la psychose maniaque dépressive et de la démence précoce dont les réactions peuvent se manifester même au cours d'une maladie infectieuse bénigne. Les bouffées délirantes au cours d'un accouchement ne peuvent pas être considérées comme des psychoses infectieuses, à moins que l'infection avec toxémie ne soit bien évidente et qu'elle apparaisse comme étant le principal facteur étiologique.

009-1xx PSYCHOSES SECONDAIRES À UNE INFECTION (spécifier l'infection)

C'est à ce groupe qu'appartient cette variété de troubles mentaux qui surviennent à la chute de la température ou durant la période de convalescence d'une maladie infectieuse souvent sous forme atténuée de confusion, de dépression, d'irritabilité ou de méfiance. Ce groupe comprend aussi ces états d'affaiblissement intellectuel que l'on rencontre parfois à la suite d'une maladie infectieuse aiguë, plus spécialement à la suite de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu ou de la méningite. Les états mentaux anormaux associés à l'asthénie ou à l'épuisement qui suit une maladie infectieuse doivent être classifiés ici plutôt qu'au chapitre du "Délire d'épuisement".

00-3 Psychoses dues à une intoxication

001-332 PSYCHOSES DUES À L'ALCOOL

Sous cet en-tête doivent être réunis seuls les cas caractérisés par des réactions mentales anormales pou-

vant raisonnablement permettre de conclure que l'alcool est le principal facteur étiologique. L'alcoolisme invétéré peut être un symptôme de quelque autre psychose ou d'état psychopathologique. D'un autre côté, il peut aggraver et révéler une psychose déjà existante et de nature non alcoolique. L'histoire antérieure de ces cas, leur symptomatologie et leur évolution doivent être soigneusement étudiées, afin de les grouper ailleurs, dans leurs catégories propres.

002-332 INTOXICATIONS PATHOLOGIQUES

Ici appartiennent les cas qui, à la suite d'une ingurgitation plus ou moins abondante d'alcool, manifestent une surexcitation subite ou un état crépusculaire souvent accompagné de désorientation et aussi d'illusions et d'hallucinations et de réactions émotionnelles marquées, particulièrement sous forme d'anxiété ou de rage. Une telle crise peut durer de quelques minutes à plusieurs heures avec généralement une amnésie complète pour cette période. Dans ce groupe, il ne faut pas inclure les états épileptiques déclenchés par l'absorption d'une faible quantité d'alcool, ni la surexcitation catatonique de la démence précoce, ni les réactions maniaques dépressives, ni la paralysie générale, ni les épisodes de l'artériosclérose.

003-332 DELIRIUM TREMENS

D'ordinaire, l'on éprouve peu de difficulté à classer un cas de delirium tremens. Le délire souvent s'installe brusquement et d'amblye; mais fréquemment il est précédé de signes prodromiques, qui consistent en une grande nervosité et un besoin intense de mouvement. Les hallucinations visuelles dominent la scène et sont accompagnées d'obnubilation de la conscience, de troubles de l'attention, d'affaissement et de tremblement marqué. Cet enchaînement symptomatique nous entraîne vers ce diagnostic. Les cas qui ne sont pas guéris après les deux premières semaines peuvent rendre difficile le diagnostic différentiel avec la psychose de Korsakow.

004-332 PSYCHOSE DE KORSAKOW

On donne parfois à cette maladie le nom de délire alcoolique chronique en opposition au délire aigu du delirium tremens. Au début ces deux formes délirantes ne se distinguent guère, bien qu'à certains moments on remarque que dans la maladie de Korsakow les fonctions psychiques sont plus profondément atteintes que dans le delirium tremens. La durée en est tout de même

longue. La phase aiguë, en s'atténuant, laisse habituellement une diminution frappante de la mémoire de conservation et fabulation. Il est possible que la plupart de ces patients souffrent toujours de troubles de la mémoire de fixation et de conservation, mais il s'en rencontre quelques-uns qui se rétablissent complètement. Des phénomènes de polynévrite font souvent partie de cette affection. Leur intensité laisse dans certains cas des troubles physiques permanents. Dans d'autres cas, ces phénomènes sont moins graves et disparaissent. Il existe encore d'autres cas où la polynévrite ne peut pas être établie et n'est pas considérée comme un critère nécessaire de la maladie de Korsakow. Si ce syndrome s'associe à d'autres états toxiques, i.e. toxémie de la grossesse, il ne devra pas être classifié dans ce groupe.

007-332 FORME HALLUCINATOIRE CONSCIENTE

On groupera dans ce chapitre les cas qui à la suite d'usage excessif d'alcool développent soudainement ou graduellement des hallucinations, surtout auditives, avec conservation de la conscience, mais accompagnées de sentiments caractéristiques de terreur, de frayeur intense ou d'anxiété. L'affaissement physique et les autres stigmates d'intoxication ne sont pas aussi prononcés que dans le delirium tremens. Ces cas, particulièrement ceux qui ne guérissent pas en quelques semaines mais qui s'acheminent vers un état hallucinatoire chronique, requièrent beaucoup de soins pour en distinguer les manifestations de celles de la démence précoce. Nous devons prendre en considération la possibilité que, dans certains cas virtuels ou actuels de démence précoce, l'alcool ait déclenché des manifestations délirantes. Ces manifestations devraient être classifiées comme appartenant essentiellement à la démence précoce.

00y-332 AUTRES FORMES (spécifier)

Sous cette rubrique doivent être classifiés les états délirants d'origine alcoolique qui n'ont pas trouvé place dans les groupes déjà décrits. Ici, sous le terme "affaiblissement" on pourra grouper les alcooliques chroniques qui présentent non seulement de l'affaiblissement d'ordre moral, éthique et affectif, mais aussi une altération évidente de la mémoire d'origine organique. C'est encore ici que l'on classifiera de préférence les autres alcooliques chroniques qui manifestent des idées paranoïaques, plus particulièrement sous forme d'illusions d'infidélité. Ces cas seront connus sous le terme "Forme paranoïde".

002-300 PSYCHOSES TOXIQUES EXOGÈNES

002-310 PSYCHOSES DUES AUX MÉTAUX (spécifier)

Sous ce titre doivent être classifiés les cas dont les accidents psychiques sont intimement liés à une exposition prolongée aux poisons métalliques, particulièrement le plomb, l'arsenic et le mercure. Les personnes ainsi exposées, qui ont déjà et souvent accusé des troubles gastro-intestinaux et des symptômes nerveux périphériques d'origine toxique, peuvent développer des délires à forme franchement mélancolique. Ces poussées délirantes se terminent ou par la guérison ou par des modifications permanentes d'ordre intellectuel et affectif apparemment secondaires à l'encéphalopathie toxique. Le tableau clinique rappelle parfois celui de la maladie de Korsakow.

002-350 PSYCHOSES DUES AUX GAZ

Ce terme abrite les cas dont les désordres intellectuels proviennent de l'exposition aux gaz délétères, particulièrement au monoxyde de carbone du gaz d'éclairage et de celui d'échappement d'automobile. La phase comateuse du début peut faire place à un délire de durée variable qui sera lui-même suivi de fatigabilité intellectuelle plus prononcée et de concentration plus laborieuse. Il ne faut pas perdre de vue que les personnes ayant souffert d'empoisonnement par le monoxyde de carbone peuvent sembler se remettre entièrement des troubles primitifs et avoir, pendant quelques semaines, un intervalle de rémission auquel succèdent des symptômes délirants dont elles ne guériront probablement jamais. Ces patients restent dans un état chronique d'affaiblissement intellectuel plus ou moins grave.

002-370 PSYCHOSES DUES À L'OPIUM ET SES DÉRIVÉS

Ici, on groupera les manifestations délirantes comparativement rares que l'on constate chez les habitués à l'opium et plus particulièrement à son dérivé, la morphine. Elles se traduisent par un affaiblissement de l'activité psychique, par des troubles amnésiques et par une diminution du sens moral et social. Il peut aussi surgir des états paranoïaques. Il peut arriver que la distinction entre les modifications dues au morphinisme et les tares inhérentes à la personnalité soit difficile. La présence de ces dernières devrait plutôt placer, pour fins statistiques, les individus ainsi atteints dans le groupe des psychopathes constitutionnels. Les narcomanes qui ne manifestent

pas des troubles mentaux bien définis et suffisants pour justifier un internement ou un traitement spécial, à cause de leur état psychique, devraient être classifiés sous l'entête "Narcomanie" plutôt que dans la présente subdivision (000-3xx).

002-3y0 PSYCHOSES DUES À D'AUTRES DROGUES

Devront être groupés ici les états anormaux de l'esprit associés à l'usage prolongé ou relativement court mais excessif de drogues telles que cocaïne, bromures, chloral, acétalidine, phénacétine, sulphonal, trional et leurs combinaisons brevetées. L'abus de ces médicaments produit chez certains individus un état d'affaiblissement et d'inertie. Parfois cette condition est suivie d'un délire toxique avec confusion, hallucinations de la vue et de l'ouïe, fuite des idées, fabulation, fausses reconnaissances et paraphasie. Les cas où se produisent des manifestations toxiques dues à l'administration de médicaments en vue de traiter une autre psychose devraient être rapportés sous la rubrique de la psychose initiale et non sous celle des psychoses dues aux drogues.

00-4 Psychoses dues à un traumatisme (psychoses traumatiques)

Ce diagnostic devrait être réservé aux troubles mentaux causés d'une façon évidente par des lésions à la tête ou au cerveau résultant d'un coup violent porté à la tête, directement ou indirectement. Les psychoses dues à des blessures subies par d'autres parties du corps ne doivent pas être incluses dans le présent groupe. Les psychoses maniaques dépressives, la paralysie générale, la démence précoce et les psychonévroses dont le traumatisme serait la cause prédisposante ou déterminante ne doivent pas être inscrites dans cette division.

009-42x DÉLIRE TRAUMATIQUE

A ce groupe appartiennent tous les cas de délire aigu (commotion cérébrale), conséquence immédiate d'une lésion crânienne ainsi que les cas qui, à la suite d'une telle lésion, développent un délire à évolution lente ou chronique qui rappelle le syndrome de Korsakow où, à côté d'une lucidité apparente, on constate une perte presque complète de l'orientation, des troubles profonds de la mémoire et de la fabulation.

009-4x9 TROUBLES POST-TRAUMATIQUES DE LA PERSONNALITÉ

Ce terme a remplacé, dans l'ancienne nomenclature, celui de constitution post-traumatique. Il sert à désigner les cas qui manifestent, à la suite d'un trauma crânien, des changements du caractère, de l'instabilité du système vaso-moteur, des maux de tête, de la fatigabilité, des réactions émotionnelles exagérées et subites, généralement une sensibilité excessive aux effets de l'alcool et, dans certains cas, des crises convulsives. L'histoire complète du comportement antérieur et l'appréciation minutieuse des réactions présentes sont souvent nécessaires pour éliminer les psychonévroses.

003-4xx DÉMENCE POST-TRAUMATIQUE

Ce terme devra comprendre tous les cas qui, à la suite d'une lésion crânienne sérieuse ou apparemment bénigne, avec ou sans délire aigu ou chronique, présentent un affaiblissement intellectuel progressif ou démence. On peut aussi constater la présence des symptômes dont on a fait mention au chapitre des troubles post-traumatiques de la personnalité. Les psychoses attribuables à l'artériosclérose compliquée d'un traumatisme crânien peuvent être d'un diagnostic différentiel difficile. Si l'histoire du cas révèle des symptômes d'artériosclérose antérieurs à la lésion et si l'examen mental et physique le démontre, le cas devra être classifié sous ce chef et non dans le présent groupe. Il faut toujours se rappeler que l'état confusionnel d'une crise artérioscléreuse ou cérébrale peut être responsable du traumatisme crânien.

003-4y0 AUTRES FORMES (spécifier)

Ce n'est qu'occasionnellement que l'on rencontrera d'autres formes de troubles traumatiques devant être classifiées sous cet en-tête.

00-5.0 Psychoses dues à des troubles circulatoires**003-512 PSYCHOSES DUES À UNE EMBOLIE CÉRÉBRALE**

Des embolies obstruant les vaisseaux du cerveau, produisant ainsi du ramollissement cérébral et des symptômes neurologiques ou mentaux peuvent provenir de la circulation pulmonaire, de végétations valvulaires du cœur ou de thromboses artérielles du cou et de la tête. De tels phénomènes sont comparativement rares, cependant.

003-516 PSYCHOSES AU COURS DE L'ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE

Ce groupe réunit toutes ces personnes comparative-ment nombreuses, à l'âge mûr, chez qui l'évidence de gêne circulatoire au cerveau est établie par des symptômes tels que ralentissement des processus psychiques, confusion mentale, perte de la mémoire, diminution de l'activité cérébrale plus ou moins marquée. La conservation de la notion de la personnalité et la conscience des modifications pathologiques peuvent être conservées au début ou dans les cas légers, mais dans les troubles graves de la circulation avec lésions destructives du cerveau l'affaiblissement intellectuel peut atteindre un degré très avancé. Chez les personnes avancées en âge, l'hypertension peut se rencontrer ou ne pas exister dans les cas de maladie vasculaire grave. On doit inscrire ici les cas d'hypertension essentielle ou d'artériosclérose sans preuve de dégénérescence des gros vaisseaux mais présentant les symptômes mentaux du type artériosclérose. Il est parfois difficile de les différencier des psychopathies séniles; ces deux psychopathies peuvent avoir à leur base les mêmes transformations pathologiques. L'âge, l'histoire clinique, l'étude minutieuse des symptômes aident souvent à établir la prédominance de l'une ou l'autre psychopathie. Lorsque le diagnostic différentiel est à peu près impossible, on doit continuer à préférer pour fins statistiques la classification artérioscléreuse.

009-5xx PSYCHOSES AU COURS DE MALADIE CARDIO-RÉNALE

Ici on doit grouper les troubles mentaux sous forme de délire ou de confusion passagère à exacerbation nocturne qui se manifestent chez les personnes souffrant de maladie de cœur surtout au stage d'insuffisance. On remarque souvent la présence d'hallucinations terrifiantes; l'idéation est laborieuse et la mémoire souvent défectueuse. La lucidité est remarquablement instable. Il faut également associer à ce groupe les modifications psychiques qui accompagnent les néphrites aiguës et chroniques, y compris l'urémie.

003-50y AUTRES FORMES (spécifier)

Il est rare de rencontrer des psychoses dues à des troubles circulatoires qui ne peuvent pas convenablement trouver place dans les groupes déjà mentionnés. S'il s'en présente, c'est ici qu'on les groupera.

00-5.5 Psychoses avec crises convulsives (épilepsie)

Sous ce chef on classifera seuls les cas qui manifestent des troubles mentaux associés à l'épilepsie qui paraît être primaire, essentielle, cryptogénique. Si les manifestations convulsives sont symptomatiques d'autres maladies, elles doivent être inscrites au chapitre de ces maladies plutôt que dans le présent groupe.

003-550 DÉMENGE ÉPILEPTIQUE

On classifera ici les épileptiques qui présentent de l'affaiblissement progressif de l'activité mentale, lenteur de l'idéation et de l'association des idées, déficit de la mémoire, irritabilité ou indifférence. A ce fond démentiel peuvent s'ajouter diverses manifestations accessoires, des idées délirantes de persécution et des hallucinations.

003-560 ÉTAT CRÉPUSCULAIRE ÉPILEPTIQUE

Cette classe doit comprendre les épileptiques qui présentent avant ou après les crises convulsives ou à titre d'équivalents de l'hébétude accompagnée d'un état confusionnel profond, d'égarement, d'anxiété ou d'agitation avec hallucinations, frayeurs et explosions de violence. Cependant, au lieu du sentiment de frayeur, il peut y avoir des extases avec de l'exaltation mystique.

003-55y AUTRES FORMES D'ÉPILEPSIE

Ici on classifera les épileptiques occasionnels qui, sans affaiblissement intellectuel évident ou état crépusculaire, présenteront des manifestations délirantes telles que des tendances paranoïaques, des phases hallucinatoires, de la dépression ou de l'exaltation.

00-7 Psychopathies dues à des troubles du métabolisme, de la croissance, de la nutrition et des glandes endocrines

001-79x PSYCHOPATHIES SÉNILES

Il est normal de rencontrer chez les vieillards un certain degré d'affaiblissement intellectuel caractéristique. On peut le qualifier de sénilité ou de radotage. Il se traduit par des tendances égocentriques, par le retour constant aux choses du passé, par la difficulté à assimiler les faits nouveaux de sorte que les faits récents sont voués à l'oubli. La puérité des réactions émotionnelles est flagrante. Elle s'accompagne d'irritabilité à la moindre

provocation. De tels états d'esprit seraient de préférence classifiés sous l'en-tête "Sénilité" dans le groupe "Sans psychose" plutôt que parmi les psychopathies séniles.

002-79x DÉMENGE SIMPLE

Cette dénomination s'appliquera aux personnes qui manifestent, à un degré plus prononcé, les transformations psychiques habituelles de la vieillesse, telles que perte de la mémoire des faits récents, faiblesse de l'attention et du pouvoir de concentration, désorientation dans le temps et l'espace et fausses reconnaissances. L'hospitalisation de ces vieillards pourra s'imposer à cause de leurs tendances incessantes au vagabondage, de leur grande irritabilité ou impulsivité, de leur érotisme exagéré, ou à cause de leurs idées délirantes transitoires ou permanentes. Cet état démentiel peut s'aggraver au point qu'il ne reste plus que la vie végétative.

003-79x FORME PRESBYOPHRÉNIQUE

Ce groupe doit comprendre tous les cas de psychopathies séniles où on observe des troubles sérieux de la mémoire de conservation et de fixation accompagnés de désorientation absolue mais où il y a, en même temps, présence d'une certaine activité mentale et d'une attention suffisante pour permettre la perception exacte du monde extérieur et de suivre une conversation. Les lacunes de mémoire font naître des contradictions flagrantes et des répétitions. La suggestibilité et la fabulation sont les symptômes dominants. L'ensemble de ces symptômes rappelle la psychose de Korsakow.

004-79x FORMES DÉLIRANTES ET CONFUSIONNELLES

Ce groupe réunira tous les cas où la scène est dominée par une confusion profonde ou un état délirant. Ce genre de psychose est souvent la conséquence d'une maladie physique aiguë.

005-79x FORMES DÉPRESSIVES ET MANIAQUES

Dans certains cas de psychopathies séniles l'élément principal est celui de dépression profonde et d'agitation persistante. La présence de troubles fondamentaux de la mémoire et de la perception des faits récents aidera à différencier ces malades de ceux qui souffrent de mélancolie d'involution.

006-79x FORMES PARANOÏAQUES

Des idées délirantes, surtout sous forme d'idées de persécution ou de grandeur, accompagnent souvent l'affaiblissement intellectuel et peuvent, au début, rendre le diagnostic hésitant ou difficile si les symptômes démentiels ne sont pas très prononcés.

007-79x MALADIE D'ALZHEIMER

Elle est caractérisée, dans ses manifestations pathologiques, par un processus avancé d'atrophie cérébrale avec foyers de nécrose et modification des fibres nerveuses. Cliniquement, à un âge peu avancé, même dès la quarantaine, apparaissent des symptômes d'affaiblissement sénil très prononcé souvent accompagné d'aphasie ou d'apraxie. Si aucune autre cause ne peut justifier la présence de cette démence organique, on peut conclure à la maladie d'Alzheimer, bien que soient très rares les cas que la clinique puisse ainsi classer.

001-796 PSYCHOSES D'INVOLUTION

002-796 TYPE MÉLANCOLIQUE

Ce groupe réunit tous les états mélancoliques qui apparaissent à l'âge moyen ou à un âge plus avancé sans troubles intellectuels d'origine organique. Ces états sont surtout caractérisés par de l'agitation, de l'anxiété et de l'insomnie souvent accompagnées d'idées d'autoaccusation et d'hypocondrie. Pour fins statistiques, les cas où se manifestent de tels symptômes, mais qui antérieurement à la période d'involution ont souffert de crises de dépression ou d'agitation, doivent être classifiés dans le groupe des psychoses maniaques dépressives.

003-796 TYPE PARANOÏDE

Ici doivent être classifiés les cas qui au cours de la période d'involution et sans histoire de réactions paranoïaques antérieures, manifestent des bouffées délirantes de persécution, de méfiance et de fausses interprétations, de durée plus ou moins longue.

00y-796 AUTRES FORMES (spécifier)

Ce groupe comprend toutes les autres manifestations psychopathiques que l'on observe au cours de la période d'involution et dont on peut exclure, comme cause, toute maladie organique du cerveau.

00x-770 PSYCHOSES ACCOMPAGNANT LES TROUBLES ENDOCRINIENS (spécifier)

Cette classification est réservée aux psychoses attribuables, sans aucun doute, à des perturbations des fonctions endocriniennes, les distinguant pour fins statistiques des psychoses dues à d'autres maladies somatiques. Au premier plan des psychoses ici groupées sont celles qui s'associent à des troubles fonctionnels de la glande thyroïde, tout particulièrement les délires hallucinatoires du thyroïdien intoxiqué et l'indifférence émotionnelle du myœdémateux qui souvent développe en plus des tendances paranoïaques. Les psychoses dues au diabète, à des troubles de la glande pituitaire, de la surrénale (maladie d'Addison) ou de plusieurs autres glandes doivent être inscrites ici.

009-712 PSYCHOSE D'ÉPUISEMENT

Sous ce titre doivent être classés seuls les cas d'épuisement où ni les maladies infectieuses ni les lésions organiques ne peuvent être considérées comme facteur déterminant du délire. On aura soin d'exclure de ce groupe les psychoses maniaques dépressives et les manifestations délirantes de la démence précoce. Après avoir ainsi éliminé les cas qui appartiennent à d'autres catégories, on constate que les véritables psychoses d'épuisement sont rares.

009-766 PSYCHOSES AVEC PELLAGRE

Les seuls cas qui doivent être classés dans le présent groupe sont les psychoses qui surviennent au cours de la pellagre et qui apparemment sont causées par elle. Les syndromes mentaux qui se rattachent le plus à la pellagre sont certains états délirants ou confusionnels qui rappellent les autres réactions toxi-infectieuses graves. Les cas de pellagre qui se déclarent au cours d'une maladie mentale ne doivent pas être inclus dans ce groupe mais dans celui de la psychose primitive.

009-yxx PSYCHOSES AVEC AUTRES MALADIES SOMATIQUES (spécifier)

Seules doivent être classées ici les psychoses qui sont sûrement liées à d'autres maladies physiques que celles déjà mentionnées dans cette classification. On doit exclure de ce groupe les psychoses infectieuses se développant pendant ou après une infection et pour lesquelles une place est assignée ailleurs.

00-8 Psychopathies avec tumeur

003-8xx PSYCHOSES AVEC TUMEURS CÉRÉBRALES

Les troubles mentaux qui se développent au cours d'une tumeur cérébrale doivent être classifiés ici, que la tumeur soit primitive ou secondaire.

009-8xx PSYCHOPATHIES AVEC AUTRES TUMEURS

Ce groupe comprend les accidents psychiques apparaissant au cours de toute autre tumeur extracranienne qui devient un facteur déterminant dans l'éclosion d'idées délirantes, soit par ses effets toxiques généralisés ou par ses actions psychologiques sur le patient. Des états délirants de nature toxique ou des états mélancoliques désespérés peuvent apparaître avec ou sans agitation.

00-9 Psychopathies dues à des causes inconnues ou héréditaires, mais associées à des transformations organiques

Ce groupe est réservé aux psychoses que l'on désignait auparavant sous le nom de "Psychoses avec autres affections cérébrales ou nerveuses". Ces troubles mentaux s'associent à l'évolution ou font partie intime de certaines affections organiques du système nerveux autres que celles énumérées dans les groupes qui précèdent. Ce sont spécifiquement la sclérose en plaques, la maladie de Pick, la paralysie agitante et la chorée de Huntington. Ces psychoses sont essentiellement typiques du groupe des maladies organiques du cerveau où l'on constate de l'affaiblissement dans les sphères intellectuelle et émotive et, quelquefois, des hallucinations et des illusions. Les psychoses dont les manifestations constitutionnelles ou fonctionnelles précèdent l'apparition de symptômes d'affection nerveuse organique apparemment secondaire doivent être classées dans le groupe de la psychose primitive.

00-x Troubles mentaux soit d'origine constitutionnelle, soit sans cause clairement définie et localisée, soit sans altération organique

Cette rubrique est ainsi rédigée, dans la présente nomenclature, afin que l'on puisse y inclure tous les troubles mentaux d'origine constitutionnelle ou non, mais sans cause clairement définie et localisée ou sans altération organique. La mention que l'on a faite de l'hérédité et

des psychopathies constitutionnelles, dans l'ancienne nomenclature, est éliminée ici quoiqu'il semble que ces termes aient été d'une grande utilité.

Psychonévroses.

Hystérie.

002-x00 ANXIÉTÉ HYSTÉRIQUE

L'accord n'est pas unanime sur la portée de ce terme. Les uns considèrent que l'anxiété hystérique est l'équivalent clinique de "transformation hystérique" à laquelle s'ajoutent des réactions anxieuses. D'autres prétendent qu'elle s'applique aux manifestations que la présente classification nomme "Psychasthénie, Phobies" (002-x23). Enfin, il existe une opinion que ce terme n'est pas désirable et que toutes les réactions antérieurement qualifiées d'"anxiété hystérique" sont plus convenablement appelées états anxieux (002-x33).

Pour fins statistiques, les patients présentant des phénomènes de "transformation" avec crises récurrentes d'anxiété peuvent trouver place dans ce présent groupe. Les autres patients qui manifestent des symptômes de "transformation" ou des "phobies" mais qui sont relativement exempts de crises anxieuses peuvent être classés dans le groupe "Transformation hystérique" (002-x10) ou dans celui de "Psychasthénie, Phobies" (002-x23). A cause de l'association fréquente de différents symptômes psychonévrotiques dans le même individu, le terme "Psychonévrose" (002-x0x) serait le plus propre à classer un bon nombre de ces cas.

002-x10 TRANSFORMATION HYSTÉRIQUE

Sous cette rubrique générale chacun des sous-groupes devra servir au classement de ces cas. Les symptômes que l'on rencontrera dans ces diverses formes sont indiqués dans la classification pour nous guider dans notre choix différentiel; ils parlent par eux-mêmes. Il faut se rappeler, cependant, que quelques-uns de ces symptômes hystériques peuvent se rencontrer au cours des psychoses et qu'ils ne constituent pas par eux-mêmes le diagnostic. L'histoire complète et l'aspect clinique sont indispensables.

Psychasthénie et états obsédants.

Ici seront classés les cas où prédominent les obsessions, les tics et les spasmes irrésistibles et les phobies. Des exemples de symptômes fréquents sont fournis par cette classification pour aider au choix différentiel.

002-30 NEURASTHÉNIE

Ce terme désigne tous les cas où, le facteur organique étant exclus, les patients se plaignent de fatigabilité physique et psychique, d'incapacité d'idéation, de pesanteur dans la tête, sur le crâne, à la nuque et le long de la colonne. Assez souvent, le diagnostic différentiel doit se faire entre cette psychonévrose et le début d'une démence précoce ou un épisode mélancolique peu marqué, au cours d'une psychose maniaque dépressive.

002-x31 HYPOCONDRIE

Ce groupe réunit les cas qui, ne présentant aucun autre symptôme de psychose ou de psychonévrose, sont essentiellement caractérisés par des préoccupations obsessionnelles au sujet de leur état de santé ou de divers organes. Ces malades se plaignent d'une variété de troubles somatiques que ne peuvent soulager les efforts les plus convaincants à prouver leur non-existence pathologique. Apparaissant fréquemment à l'époque évolutionnelle, on doit les distinguer de la mélancolie d'involution par l'absence de dépression marquée avec agitation et autoaccusation. Les troubles hypocondriaques peuvent être un symptôme de démence précoce et ce dernier diagnostic doit être mis de côté avant de classer ces cas ici.

002-x32 DÉPRESSION HYPERÉMOTIVE

Prennent place ici les cas qui réagissent par des manifestations mélancoliques à des causes franchement externes dont la nature est propre à produire de la tristesse, comme, par exemple, la privation, la maladie, des embarras financiers ou autres inquiétudes. Si la réaction émotionnelle dépasse en intensité et en durée la tristesse normale, on pourra la considérer comme étant pathologique. On n'observe pas ici la tristesse profonde, accompagnée d'inhibition psychique et de lenteur des réactions physiques, que l'on rencontre dans la forme mélancolique de la psychose maniaque dépressive; mais ces sensations peuvent, en fait, être plus étroitement rattachées aux psychoses maniaques dépressives qu'aux psychonévroses.

002-x33 ÉTATS ANXIEUX

Ce groupe est consacré aux états plus ou moins permanents d'inquiétude et d'attente anxieuse avec angoisse paroxystique accompagnée de signes physiologiques de crainte, d'oppression, de dyspnée, de nausées, de diarrhée. La douleur morale peut atteindre un haut degré; l'irrita-

bilité et l'intensité de l'autopréoccupation sont souvent prédominantes, particulièrement au cours des crises. On ne devrait pas poser de diagnostic avant d'avoir éliminé tous les autres états bien définis où l'anxiété apparaît comme un des symptômes.

001-x10 Psychoses maniaques dépressives.

Sous ce titre sont groupées les psychoses affectives essentiellement curables dont le fond psycho-pathologique est caractérisé par des oscillations du ton affectif et par des tendances à récidiver. D'autres symptômes d'ordre intellectuel, tels que des illusions ou des hallucinations, peuvent se greffer chez certains individus aux manifestations essentiellement affectives. Il y a à distinguer:

001-x11 FORME MANIAQUE

Cette forme est caractérisée par de la surexcitation psychique, de l'irritabilité, de la logorrhée ou fuite des idées, et de l'hyperactivité motrice. La marche de l'accès peut être interrompue par des phénomènes de dépression transitoires, souvent même momentanés, qui ne justifient pas de classification autre que celle éminemment prédominante du type maniaque.

001-x12 FORME MÉLANCOLIQUE

Dans cette forme dominant le découragement, des sentiments d'incapacité, d'inertie intellectuelle et d'inhibition. On rencontre, dans certains cas, des sensations de malaise et d'anxiété.

001-x13 FORME CYCLOTHYMIQUE

Elle est réservée aux cas où la transition d'un état à l'autre se fait sans période intermédiaire de lucidité ou de guérison, i. e. quand la phase d'excitation est immédiatement suivie de la phase de dépression ou vice versa.

001-x14 FORME MIXTE

Ce terme ne vise pas les cas où s'opèrent des transitions fugaces d'une humeur triste à une humeur gaie ou vice versa, mais il s'applique plutôt à ceux-là où se combinent des symptômes essentiels de manie et de mélancolie. La plus fréquente de ces associations maniaques et dépressives est peut-être la mélancolie anxieuse où existent en même temps des phénomènes de tristesse et d'agitation motrice et, parfois, d'excitation psychique. Il se

rencontre aussi des cas relativement rares de "stupeur maniaque" où l'exaltation psychique s'unit à une diminution considérable de l'activité physique pouvant aller jusqu'à l'immobilité absolue. Il se trouve enfin des états d'excitation psychomotrice mais sans logorrhée ou fuite des idées. C'est ce que les Anglais appellent "unproductive mania".

001-x15 FORME PERPLEXE

Les psychoses de cette catégorie ont pour symptôme dominant un élément confusionnel qui se développe sur un fond de dépression mélancolique. Les malades qui en souffrent paraissent incapables de comprendre les gens de leur entourage ou interprètent mal ce qui se passe autour d'eux. Conséquemment, ils manifestent des idées baroques et une conduite étrange. Bien que le pronostic soit généralement favorable, la crise peut être d'assez longue durée. Ces patients sont parfois confondus avec les déments précoces. L'état de confusion et de dépression absolue aident au diagnostic différentiel.

001-x16 FORME STUPEURUSE

Cet état morbide est caractérisé par une diminution plus ou moins complète de l'activité physique pouvant aller parfois jusqu'à l'immobilité. Le ton affectif en est essentiellement un de dépression et de tristesse accompagné parfois de mutisme. Ce syndrome rappelle parfois la forme catatonique de la démence précoce quand s'y ajoutent de la niaiserie et des phénomènes musculaires. L'histoire rétrospective nous apprend cependant qu'il y eut obtusion psychique, peut-être des idées de mort et souvent un délire onirique.

001-x17 AUTRES FORMES

La majorité des différentes modalités de psychoses maniaques dépressives ont été classées précédemment. Mais il peut encore s'en trouver d'autres formes qui trouveront place ici.

001-x20 Démence précoce (schizophrénie).

Ce chapitre est consacré à l'ensemble des phénomènes psychopathologiques qui peuvent être aigus et épisodiques mais plus souvent chroniques et progressifs et qui naissent chez des sujets ayant manifesté habituellement, à un degré plus ou moins prononcé, des anomalies de la personnalité. Les plus remarquables de ces altéra-

tions communes à la majorité des cas sont des tendances à s'isoler des choses réelles de la vie ordinaire pour se réfugier dans un monde de rêverie et de chimère avec pauvreté de jugement et d'idées. Assez souvent on relèvera dans l'histoire des déments précoces un manque de développement de l'instinct sexuel ou de l'inhabileté à se conformer aux exigences des appétits sexuels de l'adulte. Le trouble mental le plus évident se traduit par la perte progressive de tout intérêt pour l'ambiance et de tout contact vital avec la réalité. Ou bien, se plaçant uniquement au point de vue personnalité, on constate que l'adaptation à de nouvelles circonstances ou exigences de la vie qui, chez des personnes normales se ferait de la façon la plus ordinaire, précipitera l'apparition de symptômes qui attirent l'attention et demandent considération. Ces symptômes se manifestent indifféremment par de l'agitation, de la stupeur ou des idées délirantes fantastiques avec des hallucinations et une conduite étrange qui ressemble souvent à celle d'un enfant ou d'un homme primitif. On qualifie ces manifestations de "régressions". C'est un retour de la mentalité vers ses premiers stades. Le patient pense et agit comme un enfant.

Selon la prédominance de tels ou tels symptômes, on admet les quelques formes cliniques suivantes; mais on doit se rappeler qu'il ne s'agit que de distinctions relatives et que le passage d'une forme clinique à une autre est fréquente.

001-x21 FORME SIMPLE

Elle est caractérisée par l'indifférence émotionnelle, l'inertie mentale avec développement graduel d'un état de désintérêt et d'apathie mais sans la présence d'autres actes étranges, d'idées délirantes et d'hallucinations.

001-x22 FORME HÉBÉPHRÉNIQUE

Elle est particulièrement caractérisée par une tendance à la niaiserie, aux rires non motivés, aux grimaces. Ces réactions sont en désharmonie avec les idées exprimées. On constate souvent des idées étranges, même bizarres, des néologismes ou des assemblages de mots ou de phrases inventés de toute pièce. Des hallucinations de nature agréable à l'individu souvent dominant la scène.

001-x23 FORME CATATONIQUE

Forme spécialement caractérisée par les manifestations catatoniques, le négativisme et l'absurdité des actes avec phases de stupeur ou d'agitation physique accompagnées souvent d'impulsions ou d'actes stéréotypés et habituellement d'hallucinations. L'histoire antérieure nous apprend que dans les crises de stupeur la perception s'est conservée intacte.

001-x24 FORME PARANOÏDE

Elle est caractérisée par la multiplicité des idées délirantes, particulièrement idées de persécution ou de grandeur souvent accompagnées de réactions agressives dues à des idées de persécution. On peut constater des hallucinations des divers sens auxquelles le patient réagit d'abord avec fermeté pour tomber ensuite dans l'apathie et l'indifférence à mesure qu'il s'achemine vers la démence. Chez les individus appartenant à ce groupe, il se développe un élément d'homosexualité prédominant ou la stabilisation des appétits sexuels, tandis que dans les groupes précédents on remarque fréquemment que les appétits homosexuels n'ont pas atteint le même niveau ou ont regressé vers la psychosexualité de l'enfance.

001-x2y

Il arrive occasionnellement de rencontrer d'autres manifestations de la démence précoce. On doit les classer dans cette division.

001-x30 Paranoïa.

De ce groupe doivent être exclus les états d'affaiblissement intellectuel paranoïdes (démence précoce) et les états paranoïques secondaires à d'autres maladies mentales que l'on inclut dans les groupes réservés aux troubles cérébraux organiques, toxiques, etc. Ce groupe comprend les cas qui présentent cliniquement des idées fixes de méfiance et de persécution échaffaudées avec logique, la plupart du temps sur l'interprétation fautive d'un fait réel. Les réactions émotionnelles sont adéquates aux idées délirantes; les personnes ainsi atteintes peuvent devenir dangereuses à cause de leurs impulsions à poursuivre leurs prétendus persécuteurs. Leur intelligence, souvent brillante, est bien conservée. A ce groupe appartiennent les réformateurs, les agitateurs, les processifs et les prophètes. Les hallucinations, s'il en existe, sont peu importantes et consistent habituellement en visions surtout mystiques.

001-x31 ÉTATS PARANOÏAQUES

Ces états sont intermédiaires entre la paranoïa et la démence précoce paranoïde à cause de la conservation de la personnalité, de la cohérence des idées et des écarts de conduite. Ici doivent être classifiés les cas où dominent des illusions de persécution avec tendances plus marquées aux troubles de la logique et aux fausses interprétations. Le délire peut être avant tout hallucinatoire. Ces états peuvent persister de nombreuses années sans que se manifeste, du tout ou très peu, d'indifférence pour l'ambiance. La conservation des réactions émotionnelles est meilleure que dans la démence précoce paranoïde.

001-x40 Psychoses chez psychopathes constitutionnels.

Sous ce titre sont réunis un grand nombre de constitutions pathologiques dont l'anomalie se manifeste essentiellement par l'intensité des réactions émotionnelles avec déficit de la volonté. Ces cas ne trouvent pas place dans les groupes précédemment décrits. Tout sujet présentant de l'arriération mentale ne doit pas être inclus ici.

Les psychopathes constitutionnels sont caractérisés, en grande partie par une émotivité morbide ou puérile accompagnée de troubles profonds du jugement et d'incapacité à bénéficier des leçons de la vie. Ils sont enclins à des réactions impulsives, sans tenir compte de l'entourage, et à de l'instabilité émotionnelle, passant rapidement d'un état d'exaltation à un état de dépression, le plus habituellement pour des causes futiles. Les manifestations particulières aux psychopathes sont des tendances criminelles, amoralité, vagabondage, anomalie et perversion de l'instinct sexuel. L'examen psychométrique peut révéler une intelligence normale ou supérieure mais, d'un autre côté et assez fréquemment, cet examen démontre une intelligence-frontière.

Les réactions pathologiques qui font entrer les psychopathes constitutionnels dans le groupe des psychosés se présentent sous des aspects divers, mais ils ont habituellement un caractère épisodique. Les plus fréquentes sont les périodes d'irritabilité, d'agitation, de dépression, des phases paranoïaques ou confusionnelles, etc. La psychose dite des prisonniers appartient à ce groupe.

Un psychopathe constitutionnel présentant une attaque de manie dépressive doit être classé dans le groupe des manies dépressives, de même qu'un constitutionnel présentant une manifestation schizophrénique devra être rangé dans le groupe des schizophrènes. Les états psy-

chopathiques constitutionnels se présentant sans autre accident mental ou sans symptômes bien déterminés d'une psychose devront être placés dans le groupe des "Psychopathes non délirants".

001-x50 Psychoses chez les arriérés mentaux.

Ce groupe comprend les psychoses évoluant chez les sujets présentant de l'arriération mentale. Ces psychoses ont habituellement un caractère transitoire et aigu et consistent en périodes d'agitation ou de dépression, de tendances paranoïaques ou de manifestations hallucinatoires. Le niveau mental devrait être établi par l'histoire antérieure et par les tests psychométriques.

Les arriérés mentaux peuvent présenter des phases de manie dépressive ou des symptômes de démence précoce ou de psychopathie organique. Ils devront être classifiés sous ces en-têtes respectifs, au lieu de l'être sous celui d'arriération mentale. Les cas d'arriération mentale sans psychose devront être placés dans le groupe "Sans psychose".

00-y Psychopathies non diagnostiquées

Ce groupe doit comprendre les cas où il est impossible d'établir un diagnostic satisfaisant et où la psychopathie est, par conséquent, considérée comme non classée. Le plus fréquemment, cela est dû à l'absence de renseignements, au manque de coopération du patient ou à une période d'observation trop courte. D'un autre côté, le tableau clinique peut être si imparfait et les symptômes si atypiques que, raisonnablement, un diagnostic ne peut être établi.

Le nombre des psychopathies non diagnostiquées peut traduire l'attitude des médecins, indiquant soit leur incompétence à grouper soigneusement les faits ou l'insuffisance de leur observation. Par ailleurs, cela peut indiquer une minutie trop rigoureuse à en arriver à une exactitude absolue. Il est bon de mentionner que ce n'est pas une exactitude absolue mais bien une exactitude raisonnable que l'on recherche dans la classification des maladies mentales; ceci ne veut pas dire de faire une conjecture sur une classification ou de l'étendre outre mesure sans faits raisonnables.

y0-y Sans psychose

On attire votre attention sur la note paraissant dans la classification à l'effet que cette rubrique doit être

réservée aux hôpitaux psychiatriques. Dans ces institutions, aussi bien que dans la pratique privée, les états non délirants doivent être rapportés tels que désignés dans la classification. Les troubles non mentionnés dans la classification doivent être spécifiés ainsi: "Autres maladies ou états non délirants".

000-163 TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DUS À L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Dans ce groupe seront classés les cas où se manifestent de légères modifications de la personnalité résultant d'une encéphalite épidémique. Elles ne sont pas prononcées au point d'handicaper le patient dans ses relations avec l'entourage. On ne constate ni écarts de conduite, ni fausseté de jugement, ni instabilité émotionnelle bien marquée. Tous les cas où se manifestent les troubles ci-dessus mentionnés doivent être classifiés dans le groupe des "Psychoses au cours de l'encéphalite épidémique".

000-x40 PSYCHOPATHIE CONSTITUTIONNELLE

La liste des symptômes inscrits dans la classification est destinée à nous guider dans la distinction des divers types de psychopathes constitutionnels. Les cas où s'associent ces différents symptômes doivent être classés sous le titre "Formes mixtes". Les psychopathes constitutionnels chez qui se développent des épisodes d'agitation, de dépression, de persécution, d'hallucinations, de changements marqués dans leur conduite habituelle seront entrés dans le groupe des "Psychoses chez psychopathes constitutionnels".

Troubles essentiels du comportement

000-x61 SIMPLE INADAPTABILITÉ CHEZ L'ADULTE

Sous ce titre sont groupés les cas qui, sans psychose évidente ou sans histoire symptomatique de personnalité psychopathique, paraissent néanmoins se mal adapter, en particulier à certaines situations spécifiques comme le mariage, le foyer et l'occupation. Leur adaptabilité semble limitée et ils sont plus ou moins habituellement dépendants des autres quant à leur entretien.

TROUBLES ESSENTIELS DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT

Dans chacune des subdivisions de ce groupe, on tente de classer certaines anomalies que l'on rencontre chez l'enfant et qui ne sont secondaires ni à des maladies ou

troubles du système nerveux, ni à tout autre état pathologique d'origine organique. Un des buts de cette classification est de séparer ces cas des "Sans psychose" parmi lesquels on les classifiait auparavant, surtout dans les institutions et les cliniques.

Ceux de ces cas qui offrent un tableau clinique bien défini de psychonévrose, de démence précoce, de psychose maniaque dépressive ou de toute autre forme de psychose déjà classifiée, ne doivent pas être rangés dans ce groupe mais bien dans celui qui leur est propre. Il est donc désirable de grouper ici tous les enfants dont le comportement est un véritable problème mais qui ne présentent aucun symptôme bien défini de troubles mentaux.

Il est évident qu'un cas particulier peut présenter un certain chevauchement des symptômes des divers sous-groupes, mais le cas doit être classifié suivant les troubles prédominants du comportement.

IV. SUGGESTIONS POUR LA PRÉPARATION DES STATISTIQUES

Le Bureau désire recommander d'apporter du soin à la compilation des statistiques dans les divers hôpitaux et de suivre de près les suggestions de ce manuel. Des statistiques nationales exactes ne peuvent que par l'emploi de méthodes uniformes être mises à la disposition des commissions de contrôle, des gérants et surintendants, et d'autres personnes intéressées à l'administration des hôpitaux et à l'étude scientifique des désordres mentaux. Ces recommandations ont encore plus de portée maintenant que le Statisticien du Dominion a reçu l'ordre de recueillir et publier annuellement les statistiques des institutions et il est espéré que le Bureau recevra une collaboration cordiale dans le développement de cette œuvre utile.

La Branche de la Statistique des Institutions (Division des Hôpitaux d'aliénés) accueillera avec plaisir, comme par le passé, toute occasion de rendre service dans l'emploi d'un système uniforme de statistiques. Elle est actuellement à étudier, de concert avec le Comité national d'hygiène mentale (Canada), une série de nouvelles fiches statistiques pour les premières admissions, les réadmissions, les transferts, les sorties et les décès. Il est espéré qu'une fiche uniforme dans toutes les provinces facilitera grandement la tabulation et améliorera la valeur des renseignements. Avant d'adopter de telles fiches, elles devront être soumises à l'étude et aux commentaires des personnes intéressées dans le remplissage desdites fiches.

TABULATION MÉCANIQUE DES FICHES

L'usage croissant des méthodes mécaniques de tabulation des données statistiques, pour les rapports annuels des institutions et pour des études de recherche spéciale, ainsi que les avantages de l'uniformité dans la codification ont rendu recommandable d'attribuer des numéros de code aux grandes classifications contenues dans ce manuel. Les numéros paraissant avec la classification détaillée des désordres mentaux sont ceux de "La Nomenclature classifiée officielle des Maladies", tandis que ceux de la classification condensée ont été arbitrairement attribués.

Une description détaillée des méthodes de tabulation mécanique des fiches n'a pas d'à-propos ici. Il suffit de dire que la base de ces méthodes est une fiche spécialement conçue où des trous sont poinçonnés pour représenter les item d'information propres à chaque patient. Les fiches de tous les patients sont passées dans une machine où elles sont rapidement et exactement triées et comptées suivant l'information désirée.

SOURCES D'INFORMATION

Les informations requises pour remplir les fiches proviennent (a) des parents et amis du patient, (b) du patient lui-même, (c) des documents d'internement, (d) du médecin de famille, (e) des documents et dossiers officiels et (f) de l'examen mental et physique du patient.

L'infirmière ou la personne envoyée pour conduire le patient à l'hôpital doit être munie d'un blanc historique et doit y noter soigneusement tous les faits importants concernant le patient et son histoire de famille qui peuvent être obtenus des parents et amis. Il faut obtenir d'autres données lorsque des amis viennent à l'hôpital visiter le patient. La coutume de beaucoup d'hôpitaux d'employer des intéressés dans les œuvres sociales à la préparation de chaque cas est recommandée.

Les données requises pour remplir les fiches de sortie et de décès proviennent des dossiers de l'hôpital. Ces fiches doivent toujours concorder avec les fiches d'admission.

Il est recommandable d'avoir une feuille de données statistiques, semblable à la fiche de première admission, remplie et versée au dossier du patient.

FICHES STATISTIQUES

Le premier pas dans la préparation des statistiques des patients dans une institution pour maladies mentales consiste à avoir des fiches de données statistiques dont les en-têtes essentiels sont disposés de façon convenable. Ces fiches supposent les mêmes item d'information pour chaque patient. Si elles sont dûment remplies elles fourniront des données qui peuvent être classifiées de diverses façons et tabulées de manière à donner des résumés clairs des faits importants concernant les patients et leurs maladies et les résultats du traitement.

Pour faciliter la tabulation et le classement, il est recommandé d'utiliser les fiches statistiques suivantes:

1. Une *fiche de première admission*, à remplir pour tout patient admis pour la première fois dans un hôpital public ou privé pour le traitement des maladies mentales, excepté les institutions pour soins temporaires seulement.

2. Une *fiche de réadmission*, à remplir pour tout patient admis ayant déjà été sous traitement dans un hôpital pour maladies mentales, peu importe où cet hôpital est situé, à l'exception des transferts et des patients qui ont été traités dans les institutions pour soins temporaires seulement.

3. Une *fiche de sortie*, à remplir pour tout patient mis en sortie définitive, à l'exception des transferts.

4. Une *fiche de décès*, à remplir pour tout patient avec maladie mentale qui meurt dans l'hôpital.

5. Une *fiche de transfert*, à remplir pour tout patient envoyé d'un hôpital pour maladies mentales à un autre dans la même province.

Il est suggéré que les fiches de première admission soient imprimées sur du carton *blanc*; de réadmission, sur du carton *jaune*; de sortie, sur du carton *saumon*; de décès, sur du carton *bleu*; et les fiches de transfert, sur du carton *mauve*; et que dans chaque cas les fiches des hommes soient imprimées à l'encre *noire* et celles des femmes à l'encre *rouge*.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LES FICHES

Remplir chaque en-tête de chaque fiche; si des informations complètes ou exactes ne sont pas possibles, inscrire "Inc." (symbole des "faits inconnus").

Si l'information est négative, inscrire "aucun" ou "non".

Ne pas employer le point d'interrogation (?).

Ne pas employer le trait (—) pour "non établi" ou pour "non".

Ne pas employer le terme "plusieurs"; comme "plusieurs années"; inscrire plutôt "moins de 1 an", "entre 1 et 5 ans" ou "plus de 10 ans" si des chiffres exacts ne sont pas possibles.

Éviter les chiffres ronds; n'accepter des chiffres se terminant par un 5 ou un 0 qu'avec réserve et seulement après beaucoup de questions. Éviter, *e.g.*, "1 an" pour 11 mois, 12½ mois, etc., et "1 mois" pour 35 jours, etc. Éviter "60 ans" pour 59 ou 61 ans.

N'employer que des abréviations reconnues. Éviter les abréviations ambiguës, comme "lob. pneu." (lobaire ou lobulaire?), "par." (paranoïaque ou paralytique?), etc.

Si l'espace attribué à un en-tête est trop restreint pour y entrer toutes les données établies, inscrire "au verso" sur le blanc et entrer les données au verso de la fiche.

Les entrées sur toutes les fiches doivent être écrites à la machine.

DÉFINITIONS POUR REMPLIR LES FEUILLES

Le terme *maladies mentales* est utilisé en un sens large et comprend tous les patients avec psychoses qui sont inscrits dans les livres de l'hôpital, sans égard à la méthode d'admission, volontaire, interné, d'urgence, soins temporaires, pour observation ou autrement. Dans la mesure où les hôpitaux sont, théoriquement du moins, pour les maladies mentales seulement, les arriérés mentaux, les épileptiques, les alcooliques et les narcomanes et autres qui peuvent être classifiés comme *sans psychose* doivent être compris, à moins que l'hôpital maintienne un département séparé pour eux. Si l'hôpital dispose d'un département distinct pour les arriérés mentaux et les épileptiques qui sont sans maladie mentale, ils doivent être rapportés sur les formules tabulaires uniformes destinées aux statistiques de ces classes aussi bien que des cas mentaux.

1. Mouvement de la population—

(a) Une *première admission* désigne un patient admis pour la première fois à un hôpital d'aliénés, public ou privé, à l'exception des institutions pour soins temporaires seulement.

(b) Une *réadmission* désigne un patient admis ayant déjà été sous traitement dans un hôpital d'aliénés, peu importe l'endroit où il est situé, à l'exception des transferts et des patients qui ont été sous traitement dans des institutions pour soins temporaires seulement.

(c) Un *transfert* désigne un patient conduit directement d'un hôpital d'aliénés à un autre dans la même province.

(d) Un *congé* désigne un patient qui est temporairement absent d'un hôpital d'aliénés mais dont le nom figure encore dans les livres de l'institution. Un patient qui retourne à l'hôpital après un congé ou une évasion conserve la classification qu'il avait antérieurement à son départ; ce n'est une *réadmission* que si le patient a été renvoyé durant son absence de l'institution.

(e) Un patient *renvoyé* (sortie définitive) est un patient qui est affranchi de la surveillance des autorités de l'hôpital et inscrit comme renvoyé dans les livres de l'institution. Une fiche de sortie définitive doit être remplie pour un patient qui meurt au cours d'un congé ou d'une évasion car il n'est pas juste d'attribuer un décès à l'institution après que le patient a quitté l'hôpital. Les patients confiés aux autorités pour déportation doivent être considérés comme renvoyés de l'institution et il faut dresser une fiche de sortie définitive telle qu'à la date à laquelle le patient a été confié aux autorités.

(f) Un *décès* ne réfère qu'aux patients morts dans l'hôpital.

(g) *Capacité officielle en lits*.—Comme les autorités publiques s'informent de plus en plus de l'allocation des lits dans les hôpitaux d'aliénés, la capacité officielle en lits doit être exactement établie. La capacité en lits signifie le nombre de lits pouvant être installés dans l'hôpital dans l'espace destiné à cette fin, tel que prévu par les autorités provinciales. Il se peut que le nombre de lits installés soit supérieur ou inférieur à la capacité officielle de l'hôpital, mais dans ces cas la capacité officielle seulement doit être donnée.

(h) *Moyenne quotidienne de patients*: le nombre obtenu en divisant par 365 le total des jours de séjour collectif de tous les patients durant l'année.

2. Personnel—(Service médical)

L'expression *médecins*, tel qu'utilisé au tableau, comprend tous les médecins régulièrement employés à l'hôpital à un grade inférieur à celui de surintendant et supérieur à celui de médecin interne. L'expression *auxiliaire de clinique* comprend les étudiants en médecine qui ont un emploi temporaire ou permanent inférieur à l'emploi d'un interne.

Les médecins consultants et visiteurs ne doivent pas être inclus. Les dentistes doivent paraître sous un en-tête séparé.

L'expression *infirmières diplômées* comprend seulement les infirmières diplômées d'une école d'infirmierie maintenue par un hôpital général ou un hôpital pour aliénés donnant un cours d'au moins trois ans.

L'expression *assistants sociaux* comprend les personnes régulièrement employées par l'hôpital pour s'occuper des patients en congé ou autres patients extérieurs. Les personnes faisant du travail bénévole dans ce domaine ne doivent pas figurer au tableau.

3. Finance—

Dans le rapport des recettes ou revenus, tous les octrois ou paiements fédéraux, provinciaux ou municipaux doivent être déclarés séparément. Dans le rapport des dépenses il faut voir à distinguer clairement entre les dépenses pour l'entretien et celles pour des additions et des améliorations permanentes. Toutes les dépenses de réparation et les dépenses courantes doivent être imputées au compte d'entretien.

DÉFINITIONS POUR REMPLIR LES FICHES

4. Classification des maladies mentales—

La classification officielle adoptée et amendée par l'Association Américaine de Psychiatrie (*voir* Manuel Statistique, page 10) doit être suivie.

A la classification des maladies mentales, il faut veiller à donner clairement le numéro, le groupe et le type, comme :

(a) Psychose n° 18; groupe—démence précoce; type 184, paranoïde;

(b) Psychose 23 (sans psychose), les numéros additionnels suivants doivent être suivis:

Sous 231, Epilepsie, employer:

231a pour "Epilepsie seulement"

231b pour "Epilepsie avec arriération mentale",

et sous 234 employer:

234a arriération mentale, type: Idiotie

234b arriération mentale, type: Imbécillité

234c arriération mentale, type: Débilité mentale

234d arriération mentale, type: Non spécifié

5. Etat conjugal—

Les termes dénotant *l'état conjugal* employés dans les en-têtes sont appliqués conformément à l'usage ordinaire des mots. *Séparé* veut dire vivant séparément par suite de rupture, légale ou non, mais non divorcé.

6. Internement—

La méthode ordinaire d'internement est par *certificat* et indique que l'admission est conforme aux formalités prescrites par les lois provinciales.

Un *patient volontaire* est celui qui est reçu dans une institution à sa propre demande.

Par mandat veut dire que le patient est admis sur ordre du Lieutenant-Gouverneur, d'un magistrat ou juge de paix, et subit un examen mental par le bureau médical de l'hôpital dans un temps limité après son admission (la durée de ce temps varie dans chaque province).

7. Lieu de naissance—

(a) Il faut prendre tous les soins nécessaires à établir le pays de naissance de chaque patient à sa première admission. Si le patient est né au Canada, le nom de la province ou du territoire où est né le patient doit être établi. S'il est né hors du Canada, le nom du pays où le patient est né doit être donné.

(b) Il ne faut pas se fier à la langue pour déterminer le lieu de naissance. Il en est spécialement ainsi de la langue allemande car les trois quarts des Suisses et plus du tiers des Autrichiens parlent l'allemand.

(c) Si le patient est né dans les Iles Britanniques, le nom du pays particulier doit être donné, comme Angleterre, Irlande, Ecosse, Galles, Ile du Man, etc.

La liste suivante de pays est celle qu'il faut suivre pour déclarer le lieu de naissance:

Arménie	Italie
Australie	Japon
Autriche	Yougoslavie
Belgique	Lithuanie
Bulgarie	Norvège
Canada	Pologne
Chine	Roumanie
Tchécoslovaquie	Russie
Danemark	Ecosse
Angleterre	Amérique du Sud
Finlande	Espagne
France	Suède
Allemagne	Suisse
Grèce	Syrie
Hollande	Turquie
Hongrie	Etats-Unis
Islande	Autres possessions britanniques
Inde	Autres pays
Irlande	Non donné

8. Immigration—

(a) Les données concernant l'immigration, la nationalité et l'origine raciale sont étroitement reliées et les informations sous ces en-têtes doivent être recueillies avec le plus grand soin. Ces informations ont une valeur spéciale dans une étude de la population née à l'étranger. Elles sont aussi essentielles pour résoudre les questions relatives à l'éducation, à l'occupation et au chômage.

(b) Pour les internés nés à l'étranger, l'année d'arrivée au Canada doit être établie de même que s'ils ont été naturalisés car ces informations montrent dans quelle mesure le Canada absorbe dans sa citoyenneté la population immigrée de nationalité étrangère.

9. Citoyenneté—

Le terme *Canadien* ne dénote pas une origine raciale mais une nationalité et doit être utilisé pour tout patient qui a ses droits de citoyenneté.

Les suivants sont citoyens du Canada et doivent être classifiés comme *Canadiens*:

(a) Toute personne née au Canada, à moins qu'elle ne soit par la suite devenue citoyen d'un autre pays.

(b) Toute personne née au Royaume-Uni ou dans l'un des Dominions ou des Dépendances britanniques, qui n'est pas par la suite devenue citoyen d'un autre pays et qui maintenant est en permanence domiciliée au Canada.

(c) Tout sujet britannique qui a demeuré au Canada durant cinq ans après son arrivée au pays.

(d) Toute personne née dans un pays étranger qui demeure maintenant au Canada et qui est devenue citoyen naturalisé.

Aubain: Toutes les autres personnes doivent être classifiées comme étant de la citoyenneté du pays auquel elles doivent allégeance.

10. Année d'arrivée au Canada—

L'année d'arrivée doit être donnée pour chaque personne née hors du Canada, qu'elle soit naturalisée ou non.

11. Origine raciale—

L'objet de cette information est d'obtenir aussi exactement que possible les origines raciales des internés des hôpitaux d'aliénés afin de rattacher cette information à la population en général.

(a) L'origine raciale est le mieux indiquée en déclarant le nom de la race dont elle descend comme Anglaise, Ecossaise, Irlandaise, Galloise, Française, etc. Les Hébreux doivent être classifiés comme tels sans égard au pays d'où ils viennent.

(b) Quant aux races noire, jaune, rouge ou brune, la réponse doit être Nègre, Japonaise, Chinoise, Indienne, Hindoue, Malaise, etc.

(c) En certains cas le pays de naissance peut ne pas indiquer l'origine raciale. Très souvent des Ukrainiens viennent de Pologne, de Russie, d'Autriche et de Hongrie; ils ne doivent pas être classés comme Polonais, Allemands, etc., mais comme Ukrainiens. Un Allemand né en France n'est pas un Français d'origine même s'il est citoyen de France.

(d) Une personne dont le père est Anglais et dont la mère est Française doit être déclarée comme d'origine anglaise, tandis qu'une personne dont le père est Français et la mère Anglaise doit être déclarée comme d'origine française, car l'origine raciale est retracée d'après celle du père.

La race des patients doit être désignée d'après les termes de la liste suivante:

Autrichienne, n.a.s.	Grecque	Polonaise
Belge	Juive	Roumaine
Bulgare	Hongroise	Russe
Chinoise	Islandaise	Ecossaise
Tchécoslovaque	Indienne	Suédoise
Danoise	Irlandaise	Syrienne
Hollandaise	Italienne	Turque
Anglaise	Japonaise	Ukrainienne
Finlandaise	Yougoslave	Autres races
Française	Nègre	spécifiques
Allemande	Norvégienne	Non donnée.

12. Religion—

La religion doit être déclarée d'après celle que professe l'interné, en spécifiant le corps religieux, la dénomination, la secte ou la communauté à quoi le patient adhère ou appartient, comme Anglicane, Presbytérienne, Catholique Romaine, Juive, etc.

13. Occupation—

En donnant l'occupation il est recommandable, chaque fois que possible, d'indiquer le nom de l'industrie ou du commerce dans quoi l'interné était employé ou engagé avant son internement. Si l'occupation est *charpentier*, l'industrie peut être *chantier maritime, fabrique de portes et châssis, maison*, etc.

14. Education—

Le degré d'instruction des patients admis doit être établi dans tous les cas. Sont "illettrés" les personnes qui ne savent ni lire ni écrire. L'école primaire, l'école secondaire ou le collège doivent être interprétés comme signifiant que le patient a gradué de ces institutions, respectivement, ou qu'il a complété au moins la moitié du cours prescrit.

15. Environnement lors de l'admission—

Pour fins statistiques, le terme *urbain* s'applique à tous les endroits de 1,000 âmes et plus et le terme *rural*, aux endroits de moins de 1,000 âmes.

16. Condition économique lors de l'admission—

A charge signifie que le patient manque des nécessités de la vie et reçoit de l'aide des fonds publics ou de personnes en dehors de sa propre famille.

Moyens modestes signifie que le patient vit de son propre gain mais n'épargne que peu ou pas; qu'il est dans la marge entre subvenir à ses besoins et être indigent.

A l'aise signifie qu'il a accumulé assez de ressources pour subvenir à ses besoins et ceux de sa famille durant un temps raisonnable (quatre mois ou plus).

17. Usage d'alcool—

L'expression *usage d'alcool* réfère aux habitudes du patient avant la venue de la psychose.

Le terme *abstème* s'applique aux personnes qui ne font usage d'aucune sorte de boisson alcoolique. *Tempérant* dénote les personnes qui font usage de boisson mais non pas en quantité suffisante pour les classer comme intempérantes. Il y a usage intempéré de boisson quand il y a (a) intoxication répétée; (b) détérioration physique, mentale ou morale ou autre maladie due à l'alcool; (c) agissements désordonnés dus à l'alcool.

18. Condition à la sortie définitive—

Guéri indique l'état des patients qui ont retrouvé leur santé mentale normale de sorte qu'ils peuvent être considérés comme ayant pratiquement le même état mental qu'avant la venue de la psychose.

Amélioré dénote tout degré d'amélioration mentale excepté la guérison.

Non amélioré signifie qu'il n'y a pas eu de changement dans l'état mental du patient lors de son admission.

19. Durée du séjour à l'hôpital—

Le *dernier séjour à l'hôpital* est le temps passé dans l'hôpital par un patient, en dehors des congés ou évasions. L'expression *durée totale de l'hospitalisation* signifie le total de jours passés par un patient dans les hôpitaux d'aliénés, en quelque endroit qu'ils soient situés, moins la durée des congés et des évasions.

20. Causes de décès—

Chaque institution doit posséder un exemplaire de la Liste Internationale des Causes de Décès et déclarer les décès conformément aux instructions qui y sont données. La cause première du décès doit être soulignée dans chaque cas.