

# Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5

par Pierre Savard, M.D., Ph.D., et Éric Bugeaud, M.D.

Une personne sur trois souffrira d'au moins un trouble anxieux au cours de sa vie. Le trouble le plus fréquent est celui d'anxiété sociale, qui atteint une prévalence à vie de 8 à 12 % selon les études.

Les coûts de santé entraînés par les troubles anxieux sont énormes. Ils prédisposent au développement de la dépression ainsi qu'à l'abus d'alcool et de substances. Malheureusement, ces troubles sont sous-diagnostiqués et sous-traités.

## Émettre un diagnostic juste

Si on trouve un trouble anxieux, il faut en chercher un autre! La comorbidité est fréquente, il est donc important de procéder à une évaluation des autres troubles

anxieux. Il faut également investiguer du côté de la dépression et de la dysthymie; les personnes anxieuses souffrent durant de longues années et, trop souvent, consultent seulement lorsqu'elles sont dépressives. Par ailleurs, la dépression est souvent accompagnée de symptômes anxieux; il faut alors questionner la présence de ces symptômes avant l'apparition de cette dernière.

## Les catégories de troubles anxieux

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) a réparti les symptômes anxieux en trois catégories :

- les troubles anxieux;
- le trouble obsessionnel compulsif et les troubles associés;
- les troubles associés aux traumatismes et aux stress.

Le Tableau 1 présente un sommaire des différents critères diagnostiques.

## Traiter de la manière la plus efficace

La pharmacothérapie (Tableau 2) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les approches thérapeutiques les mieux validées par la recherche scientifique. Chacune présente des avantages et des inconvénients; le problème principal avec la TCC est l'accessibilité tandis qu'avec la pharmacothérapie, la prise de poids, les dysfonctions sexuelles et les rechutes après l'arrêt du traitement sont fréquentes. Les deux approches peuvent être combinées pour traiter le patient (Tableau 3).

## La pharmacothérapie

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont les médicaments les plus reconnus. Les antidépresseurs exercent leurs effets anxiolytiques plus tardivement que leurs effets antidépresseurs; il est donc important

Pierre Savard, M.D., Ph.D., Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Éric Bugeaud, M.D., Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Hôpital Cité de la Santé de Laval, chargé de formation clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Article tiré de la conférence « Les troubles anxieux » présentée dans le cadre de l'événement La santé mentale : Mise à jour en psychiatrie pour les médecins de famille (février 2016).

# s troubles anxieux

Tableau 2

## Pharmacologie pour le traitement des troubles anxieux

**Légende :**

1 : Au moins deux études contrôlées; 2 : Au moins une étude contrôlée; 3 : Études non contrôlées de 10 sujets ou plus; 4 : Cas rapportés; 0 : Pas d'évidence; ? : Résultats contradictoires

Médicament	Doses	TPA	TAS	TAG	TOC	TSPT
Citalopram	20-40 mg	1	2	3	2	2
Escitalopram	10-20 mg	1	1	1	1	3
Fluoxétine	20-80 mg	1	1	3	1	1
Fluoxamine	100-300 mg	1	1	0	1	2
Paroxétine	20-60 mg	1	1	1	1	1
Sertraline	50-200 mg	1	1	1	1	1
Venlafaxine	75-375 mg	1	1	1	2	1
Bupropion	100-300 mg	3	3	2 (XL)	0	3
Duloxétine	60-120 mg	3	2	1	4	3
Mirtazapine	15-45 mg	2	2	3	2	2
Vortioxétine	10-20 mg	0	0	2	0	0

Reyu et adapté de : Kazzman M, Bleau P, Blier P, et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry 2014; 14(Suppl. 1):1-83.

Vilazodone 10-40

Levomilnacipran 40-80

**S**i on trouve un trouble anxieux, il faut en chercher un autre! La comorbidité est fréquente, il est donc important de procéder à une évaluation des autres troubles anxieux.

peutique après 8 à 10 semaines. La médication est débutée à la demi-dose minimale efficace; après une semaine, on augmente la médication à la dose minimale efficace. Après 8 à 10 semaines, si la réponse est partielle et que la médication est bien tolérée, on peut augmenter la dose.

clonazépam peut être initié à des doses de 0,25 à 0,50 mg, 2 à 3 f.p.j., pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA), le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) lorsqu'un soulagement rapide est désiré. En association avec les antidépresseurs, le clonazépam peut être graduellement retiré lorsque l'antidépresseur commence à être efficace. Il faut faire attention à l'anxiété rebond avec les benzodiazépines à courte demi-vie (p. ex. l'alprazolam), dont le sevrage est plus difficile.

Il faut informer le patient que ces médicaments peuvent prendre de 2 à 4 semaines pour agir et atteignent un plateau théra-

peutique après 8 à 10 semaines. Quant aux benzodiazépines, elles sont de moins en moins utilisées compte tenu du risque de dépendance avec cette classe de médicaments. Le

Tableau 1

**Résumé des critères diagnostiques des troubles anxieux selon le DSM-5****Les troubles anxieux****Phobie spécifique**

Une peur marquée de prendre l'avion, des hauteurs, des animaux, de recevoir une injection ou de voir du sang sont des exemples de phobie spécifique.

**Trouble d'anxiété sociale (TAS)**

Le patient craint d'agir de façon humiliante dans les situations sociales. Il a peur du jugement des autres. Il est très anxieux dans ces situations ou les évite. Participer à des activités de groupe, manger et boire en public, parler à un collègue ou à un supérieur, assister à une soirée, parler lors d'une réunion sont des exemples de situations problématiques pour ces patients.

**Trouble panique et/ou agoraphobie (TPA)**

Le trouble panique se caractérise par des épisodes soudains d'anxiété accompagnés de symptômes comme des palpitations, des sueurs, des tremblements ou un souffle court. Le patient a peur de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou. Il anticipe d'autres crises.

S'il y a une agoraphobie, le patient évite certaines situations ou affronte celles-ci (ou doit être accompagné) en ressentant beaucoup de détresse. Prendre les transports (voitures, autobus, trains, bateaux, avions), fréquenter les endroits à aire ouverte (stationnements, marchés, ponts), être dans une file d'attente ou dans une foule sont des exemples de situations problématiques.

**Trouble d'anxiété généralisée (TAG)**

Des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler concernant différentes sphères de la vie quotidienne du patient (p. ex. sa santé, la santé de ses proches, l'argent, etc.) caractérisent le TAG. Au moins trois des symptômes suivants doivent être présents depuis au moins six mois : agitation, fatigabilité, difficulté à se concentrer ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et perturbations du sommeil.

**Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les troubles associés**

Le TOC se manifeste par des pensées persistantes, récurrentes; les obsessions les plus fréquentes concernent la contamination, le doute (p. ex. la peur de pas avoir éteint la cuisinière, de ne pas avoir fermé les robinets ou bien verrouillé la porte, ou la peur de commettre un geste agressif ou sexual contre son gré [phobie d'impulsion]). Ces obsessions engendrent de l'anxiété que le patient tente de diminuer en faisant des compulsions comme se laver les mains à répétition ou vérifier à plusieurs reprises la cuisinière, les robinets et les portes.

**Obsession d'une dysmorphie corporelle**

Le patient est préoccupé par un ou plusieurs défauts physiques qui ne semblent pas observables ou apparaissent légers pour les autres. Il présente des comportements répétitifs comme se regarder dans le miroir, se toiletter de façon excessive ou comparer son apparence aux autres.

**Trouble de ramassage pathologique (thésaurisation pathologique)**

Les patients accumulent des objets qui encombrant les aires de vie. Ils ont beaucoup de difficultés à jeter ou à se départir de leurs possessions.

**Trichotillomanie**

Les patients s'arrachent les cheveux, créant ainsi des zones d'alopecie. Ils ont tenté à plusieurs reprises de diminuer ou d'arrêter ce comportement.

**Dermatillomanie**

Le patient s'excorie la peau. Ce comportement produit des lésions cutanées. Le patient a essayé d'arrêter ou de diminuer ce comportement dans le passé.

**Les troubles associés aux traumatismes et aux stress****État de stress post-traumatique (ÉSPT)**

Le patient a vécu une menace pour sa vie, a subi des blessures sérieuses ou de la violence sexuelle, soit directement ou en étant témoin de ces événements vécus par d'autres personnes. Les principaux traumatismes sont la violence conjugale, les agressions physiques ou sexuelles, les accidents de la route et les expériences de combat. Le patient a des souvenirs perturbants de ces événements, des mauvais rêves, des retours en arrière (*flashbacks*). Il évite les situations qui lui rappellent le traumatisme.

**Trouble d'adaptation**

Le patient développe, à la suite d'un stress, des symptômes anxieux, dépressifs ou des perturbations du comportement (abus d'alcool et/ou de drogues, troubles de comportements) hors de proportion comparativement à la gravité ou l'intensité du stress. Une rupture amoureuse, des problèmes financiers ou conjugaux, la perte d'un travail, une maladie et un désastre naturel sont parmi les stress les plus courants.

Le traitement pharmacologique est poursuivi durant une période de 6 à 12 mois après la rémission. Si le patient n'a pas bénéficié de TCC, le traitement devra probablement être prolongé. Il en est de même lorsqu'on est en présence d'une comorbidité importante, surtout une dysthymie ou une récurrence de dépression majeure.

### La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Si la TCC est disponible, un patient dont l'état s'est amélioré partiellement avec la médication pourrait bénéficier de cette approche thérapeutique. Il faut savoir que certains symptômes répondent beaucoup plus avec cette approche, par exemple les symptômes d'évitement dans le TPA et le TAS. De la même façon, un patient dont l'état plafonne avec la TCC pourrait bénéficier de l'approche médicamenteuse.

### Ré-évaluer et rectifier si nécessaire

Si, après cette étape, les gains ne sont pas satisfaisants, l'essai d'un autre antidépresseur est indiqué. Une autre

**À** chaque étape, il convient de questionner la justesse du diagnostic émis : est-ce que d'autres maladies physiques ou un trouble de la personnalité pourraient mieux expliquer le tableau clinique ou le compliquer?

#### Encadré 1

### Lectures suggérées sur le traitement des troubles anxieux



#### TPA

- Marchand A, Letarte A. *La peur d'avoir peur*. Montréal, Éditions Stanké, c2004.

#### TAS

- Macqueron G, Roy S. *La timidité. Comment la surmonter*. France, Éditions Odile Jacob, c2004;
- Boisvert JM, Beaudy M. *S'affirmer et communiquer*. Montréal, Éditions de l'homme, c2013.

#### TAG

- Ladouceur R, Bélanger L, Léger E. *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. France, Éditions Odile Jacob, c2008.

#### TOC

- Sauteraud A. *Je ne peux m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*. France, Éditions Odile Jacob, c2002.

#### ÉSPT

- Brillon P. *Se relever d'un traumatisme. Réapprendre à vivre et à faire confiance*. Montréal, Éditions Quebecor, c2013.

possibilité envisageable est la consultation d'un psychiatre en deuxième ligne de traitement.

À chaque étape, il convient de questionner la justesse du diagnostic émis : est-ce que d'autres maladies physiques ou un trouble de la personnalité pourraient mieux expliquer le tableau clinique ou le compliquer?

Il existe de bons manuels de traitement en français destinés aux patients : l'Encadré 1 présente ceux utilisés à notre clinique (un suivi avec un psychologue est nécessaire dans cette démarche).

#### Références :

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock's *synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, c2015.
3. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (eds): *The American Psychiatric Publishing Textbook of psychiatry*, 6<sup>th</sup> ed. Washington DC, American Psychiatric Publishing, c2014.
4. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et coll. *Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis*. Br J Psychiatry 2015 Feb; 206(2):93-100.
5. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et coll. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry 2014; 14(Suppl. 1):1-83.