

Les troubles de l'humeur et de l'anxiété

Conférences scientifiques^{MD}

UNE RESSOURCE ÉDUCATIVE POUR LES MÉDECINS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

Les troubles anxieux dans le DSM-5 : Nouvelles règles sur le diagnostic et le traitement

Par Cara Katz, B.Sc., Murray B. Stein, M.D., FRCPC et Jitender Sareen, M.D., FRCPC

Les troubles anxieux comptent parmi les troubles mentaux les plus courants, leur prévalence au cours de la vie étant de 16 à 29 %^{1,2}. Les troubles anxieux provoquent non seulement une déficience importante, mais également une comorbidité élevée avec d'autres troubles mentaux et physiques, ce qui complique le traitement des deux types de trouble. Dans le présent numéro de *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques*, nous mettons en lumière les changements apportés à la catégorie diagnostique des troubles anxieux qui se reflètent dans la cinquième édition récemment publiée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* et nous décrivons les traitements dont l'efficacité a été démontrée pour les sujets atteints de troubles anxieux.

Les troubles anxieux sont courants dans la pratique clinique et sont associés à une comorbidité élevée et sont extrêmement invalidants³. Parmi les troubles anxieux, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale sont les plus courants, leurs taux de prévalence au cours de la vie étant de 18,4 et de 13,0 %, respectivement⁴. Le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), l'agoraphobie et le trouble d'anxiété de séparation ont chacun une prévalence au cours de la vie atteignant 2 à 7 %.

Bien que tous les troubles anxieux aient comme caractéristiques principales la peur excessive, l'anxiété et l'évitement, ils diffèrent quant à l'objet ou à la situation à l'origine de l'inquiétude⁵. Ils diffèrent également de la peur ou de l'anxiété normale en termes de durée. Les symptômes associés aux troubles anxieux persistent généralement plus de 6 mois. Le diagnostic de troubles anxieux ne peut être établi que lorsque les effets physiologiques de substances, d'autres médicaments ou d'autres diagnostics médicaux ont été exclus ou lorsque les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental⁶. L'évaluation approfondie du patient devrait donc inclure un examen complet de l'organisme, de l'histoire pharmacothérapeutique (incluant les médicaments en vente libre), de l'utilisation de substances, une évaluation complète des symptômes d'anxiété, un examen physique structuré des régions symptomatiques et une évaluation fonctionnelle. L'interrogatoire sur l'utilisation de substances devrait inclure des questions sur les drogues illicites (en particulier les stimulants), l'alcool et la caféine. D'autres évaluations devraient suivre sur la base des résultats de l'examen initial (Tableau 1)⁶.

Quels sont les changements effectués dans le DSM-5 concernant les troubles anxieux?

Plusieurs changements importants ont été apportés à la catégorie diagnostique des troubles anxieux dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'*American Psychiatric Association* (APA), qui incluent la « répartition » de certains troubles dans plusieurs nouveaux chapitres, le regroupement de certains troubles, l'ajout de nouveaux troubles et l'amélioration des critères utilisés pour certains troubles. Par exemple, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a été déplacé dans un chapitre séparé qui inclut « l'accumulation compulsive » qui constitue un nouveau trouble psychiatrique, alors que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été déplacé dans un nouveau chapitre qui inclut le stress aigu et le trouble d'ajustement. Les troubles anxieux de l'enfant ne sont plus classés dans un chapitre séparé. Dans les troubles anxieux, le trouble panique et l'agoraphobie ont été dissociés, étant donné que chacun d'eux peut survenir seul. Afin de distinguer l'agoraphobie de la phobie spécifique, le critère pour établir un diagnostic d'agoraphobie est que les peurs doivent concerner au moins deux situations agoraphobiques. De plus, un spécificateur de l'attaque de panique a été ajouté dans le DSM-5 qui peut être utilisé pour tous les troubles mentaux. Les attaques de panique qui ne surviennent pas dans le cadre du trouble panique, mais qui sont associées à d'autres troubles, sont fréquentes et peuvent être utiles pour prédire la psychopathologie, la sévérité et l'issue⁷.

En ce qui concerne l'agoraphobie, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale, les critères n'exigent plus que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur anxiété est excessive ou déraisonnable. Le nouveau critère est plutôt que les personnes atteintes de ces troubles surestiment généralement le danger dans des situations « phobiques ». De plus, les personnes plus âgées attribuent souvent à tort leurs phobies au vieillissement et peuvent donc ne pas les signaler. Bien que des données probantes justifient ce changement, la frontière entre l'anxiété usuelle et l'anxiété excessive pourrait encore devoir être clarifiée^{8,9}. Selon le DSM-5, il appartient principalement au clinicien de déterminer si l'anxiété est excessive, en tenant compte des symptômes signalés par le



Membres exécutifs du Conseil consultatif du CANMAT

Sagar V. Parikh, M.D., FRCPC
Président chargé de l'éducation, Toronto
Rédacteur, *Troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques*
sagar.parikh@uhn.ca

Raymond W. Lam, M.D., FRCPC
Président exécutif, Vancouver

Sidney H. Kennedy, M.D., FRCPC
Président du groupe chargé de la dépression, Toronto

Lakshmi N. Yatham, MBBS, FRCPC, MRCPsych (R.-U.) – Président chargé des troubles bipolaires, Vancouver

Jitender Sareen, M.D., FRCPC
Président du groupe chargé de l'anxiété, Winnipeg

Roger S. McIntyre, M.D., FRCPC
Président – Développement commercial et de la recherche, Toronto

Roumen Milev, M.D. Ph.D., FRCPsych, FRCPC
Président – Conférences internationales, Kingston

Membres du Conseil d'administration du CANMAT

Serge Beaulieu, M.D., Ph.D., FRCPC
Montréal

Glenda MacQueen, M.D. Ph.D., FRCPC
Calgary

Diane McIntosh, M.D., FRCPC
Vancouver

Arun V. Ravindran, M.B., Ph.D., FRCPC
Toronto

Association Canadienne pour le Traitement des Troubles Anxieux et de l'Humeur

Bureau de l'éducation
Salle 9M-329, Toronto Western Hospital
399, rue Bathurst (Toronto) Ontario
CANADA M5T 2S8

Le CANMAT – ou Association Canadienne pour le Traitement des Troubles Anxieux et de l'Humeur – est un organisme de recherche indépendant dont les membres sont issus de plusieurs universités canadiennes. L'objectif final du CANMAT est d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles de l'humeur et de l'anxiété, par des projets et des registres de recherches novatrices, le développement de programmes d'éducation fondés sur des données probantes et les meilleures pratiques et l'élaboration de lignes directrices/politiques.

Disponible sur Internet à www.humeuretanxieteconferences.ca

Tableau 1 : Examens de base chez les patients atteints de troubles anxieux⁶

- Hémogramme complet
- Glycémie à jeun
- Profil lipidique à jeun (cholestérol total, cholestérol LDL, VLDL et HDL et triglycérides)
- Electrolytes
- Enzymes hépatiques
- Bilirubine sérique
- Créatinine sérique
- Analyse d'urine
- Dépistage toxicologique de l'utilisation de substances par analyse d'urine
- Clairance de la créatinine sur 24 heures (en cas d'antécédents de maladie rénale)
- Taux de TSH
- Électrocardiogramme (pour les sujets âgés > 40 ans ou si indiqué)
- Test de grossesse (si pertinent)
- Prolactine

LDL = lipoprotéines de basse densité; HDL = lipoprotéines de haute densité
Reproduit avec la permission de l'Association des psychiatres du Canada. Clinical Practice Guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006;51(8 Suppl 2):9S-91S. Copyright © 2006, Association des psychiatres du Canada.

patient et des facteurs culturels contextuels. De plus, le critère de la durée de six mois des symptômes est maintenant élargi à tous les âges.

Un autre changement controversé dans le diagnostic du trouble d'anxiété sociale est que le spécificateur « généralisée » disparaît et est remplacé par le spécificateur « performance uniquement ». On notera que ce groupe tend à être distinct en termes d'étiologie, d'âge d'apparition et de réponse physiologique et thérapeutique⁵. Cependant, une étude réalisée par Kearns et ses collègues¹⁰ a remis en question ce nouveau critère, étant donné qu'aucun patient d'un échantillon de 204 jeunes anxieux n'a montré une peur limitée aux « situations de performance » sans éprouver de peur dans d'autres circonstances sociales. L'utilisation de ce nouveau spécificateur dans le DSM-5 par les cliniciens et les chercheurs permettra de déterminer au cours de l'année à venir si ce changement était bien fondé.

Le trouble d'anxiété de séparation, inclus antérieurement dans la section consacrée aux troubles habituellement diagnostiqués pour la première fois pendant la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence, est désormais répertorié dans les troubles anxieux, sur la base de données probantes indiquant que le trouble peut persister de l'enfance à l'âge adulte, et dans certains cas (bien que cela demeure controversé), peut apparaître à l'âge adulte¹¹. Le mutisme sélectif a été également ajouté à la catégorie des troubles anxieux. Le Tableau 2 résume ces changements par trouble.

Le TOC, le TSPT et l'état de stress aigu (ÉSA) ne sont plus inclus dans le chapitre des troubles anxieux, mais figurent maintenant dans les chapitres du TOC et troubles connexes et des troubles liés aux traumatismes et au stress, respectivement⁵. Ces changements de catégorie sont controversés, car ils soulignent combien ces troubles diffèrent les uns des autres en termes de mécanisme biologique et d'approche thérapeutique. Par ailleurs, ces changements peuvent sous-estimer les similitudes de ces troubles¹². De plus, on ne sait pas précisément si ces personnes nécessitent un traitement séparé ou différent de celui qui était administré antérieurement.

La décision de créer une catégorie distincte pour les TOC est fondée sur des recherches montrant que les TOC sont associés aux troubles anxieux et à d'autres troubles, incluant les troubles de la personnalité groupe C, les tics, les troubles somatoformes, l'excoriation compulsive et les troubles de l'humeur¹³. De plus, « l'accumulation compulsive » – classée antérieurement dans la catégorie des TOC – est devenue un trouble en soi. De même, des données probantes suggèrent que le TSPT et l'ÉSA devraient être classés dans une catégorie distincte, reconnaissant l'étiologie commune du traumatisme¹⁴.

Un nouveau spécificateur « détresse anxieuse » a également été ajouté aux catégories des troubles dépressifs et des troubles bipolaires et connexes dans le DSM-5. La caractéristique de la détresse anxieuse a été notée comme étant une caractéristique majeure des troubles bipolaires et du trouble dépressif majeur, et un degré élevé d'anxiété est associé à un taux accru de suicidalité et à un fardeau accru de la maladie. Par conséquent, l'utilisation de ce spécificateur peut faciliter le traitement et la prise en charge. Ce spécificateur est utilisé pour les patients présentant au moins deux symptômes anxieux, tel que spécifié dans le DSM-5⁵. Cependant, ce nouveau critère n'est pas assorti d'une clause indiquant que le diagnostic ne peut être établi en présence d'un trouble anxieux comorbide. Il permet d'utiliser le spécificateur « détresse anxieuse » chez les patients atteints d'un trouble de l'humeur et de l'anxiété comorbide, plutôt que d'établir un diagnostic de trouble anxieux (comorbide) séparé, ce qui pourrait entraîner le traitement insuffisant du trouble anxieux.

L'une des implications majeures du DSM-5 pourrait être son impact sur la recherche, en particulier dans le domaine des troubles anxieux chez l'enfant. Par exemple, ces changements ont encouragé l'élaboration d'outils d'évaluation spécifiques aux enfants (p. ex. *Picture Anxiety Tests*)¹⁵ et des traitements spécifiques au trouble (p. ex., le programme TAFF pour le trouble d'anxiété de séparation)¹⁶. Actuellement, les changements apportés dans le DSM-5 à la catégorie des troubles anxieux peuvent être considérés comme une mesure nécessaire pour que le diagnostic, l'évaluation et le traitement des troubles anxieux chez l'enfant soient de plus en plus fondés sur des données probantes, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent¹⁷. Cependant, selon l'opinion des auteurs, ces changements auront un impact moins immédiat sur la pratique clinique.

ÉTUDE DE CAS¹⁸

Une femme canadienne d'origine asiatique âgée de 35 ans a été adressée à un psychiatre pour l'évaluation d'un problème d'anxiété et d'évitement. Deux ans plus tôt, elle avait été réveillée pendant la nuit par une douleur thoracique qui, selon elle, était due à une crise cardiaque. Elle éprouvait des symptômes concomitants : un essoufflement, un pouls rapide, des sueurs et des étourdissements. Sa famille l'avait amenée aux urgences où une évaluation médicale complète avait permis d'exclure la présence de problèmes cardiaques. Cependant, après cet événement, elle avait cessé de conduire et ne pouvait plus assister aux événements sportifs de ses enfants, prendre le bus, ou aller à l'église de peur d'une récurrence de la douleur thoracique. Bien qu'elle n'ait pas pu définir une source de stress spécifique avant la survenue de cet événement, elle avait dû faire face à un certain nombre d'événements stressants de la vie, incluant la mort d'un ami proche due au cancer et la perte d'emploi de son mari. Elle n'avait pas d'antécédents de problèmes émotionnels. Cependant, elle avait des antécédents d'asthme. De plus, lorsqu'elle avait 12 ans, son père était décédé soudainement d'une crise cardiaque.

Un algorithme (Figure 1) peut être utile pour élaborer un traitement chez cette patiente. Elle présentait des symptômes physiologiques d'attaques de panique et d'évitement subséquent de situations qui, d'après elle, étaient la cause de ces épisodes. En se fondant sur l'algorithme, le personnel des urgences a exclu la présence de causes médicales. Après une évaluation complète, il s'avère que le diagnostic le plus probable serait vraisemblablement un trouble panique. Les options générales de traitement des troubles anxieux sont présentées dans la section suivante et une mise à jour de ce rapport de cas est présentée ultérieurement dans cet article¹⁸.

Traitement des troubles anxieux fondé sur des données probantes

Les traitements sont tirés d'études utilisant les critères du DSM-IV et il peut donc être nécessaire de les modifier en fonction des changements effectués dans le DSM-5.

Tableau 2 : Points saillants des changements effectués dans le DSM-5

| Troubles anxieux dans le DSM-5 | Diagnostic dans le DSM-IV | Changements dans le diagnostic |
|---|---|--|
| Trouble panique (TP) <i>Spécificateur de l'attaque de panique (peut être ajouté à tous les troubles répertoriés dans le DSM-5)</i> | TP avec ou sans agoraphobie | <ul style="list-style-type: none"> Nécessite la présence d'attaques de panique récurrentes ET la crainte d'avoir d'autres attaques de panique, le développement d'un évitement phobique OU un autre changement de comportement en relation avec les attaques A été séparé de l'agoraphobie Types d'attaques de paniques décrits comme inattendus vs attendus |
| Trouble d'anxiété sociale (TAS) | Phobie sociale | <ul style="list-style-type: none"> Retrait de la « phobie sociale généralisée » Spécificateur nouvellement défini « performance uniquement » Suppression de l'exigence que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur peur est excessive. (Il faut maintenant que l'anxiété soit disproportionnée par rapport au danger ou à la menace réel, après avoir pris en compte le contexte culturel *) Le critère de la durée de 6 mois est élargi à tous les âges (non pas uniquement aux individus de moins de 18 ans) |
| Agoraphobie | Agoraphobie sans antécédents de trouble panique | <ul style="list-style-type: none"> A été séparée du TP Suppression de l'exigence que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur peur est excessive. (Il faut maintenant que l'anxiété soit disproportionnée par rapport au danger ou à la menace réel, après avoir pris en compte le contexte culturel) * Le critère de la durée de 6 mois est élargi à tous les âges (non pas uniquement aux individus de moins de 18 ans) Les peurs doivent concerner ≥ 2 situations agoraphobiques (afin de les distinguer de la phobie spécifique) |
| Phobie spécifique | <i>Aucun changement</i> | <ul style="list-style-type: none"> Inclut des spécificateurs pour différents types de situations ou objets impliqués (i.e., animal, environnement naturel, sang-injection-accident, situationnel et autre type) Il n'est pas nécessaire que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur peur est excessive. (Il faut maintenant que l'anxiété soit disproportionnée par rapport au danger ou à la menace réel, après avoir pris en compte le contexte culturel)* Le critère de la durée de 6 mois est élargi à tous les âges (non pas uniquement aux individus de moins de 18 ans) |
| Trouble d'anxiété généralisée (TAG) | <i>Aucun changement</i> | <i>Aucun changement</i> |
| Trouble d'anxiété de séparation | | <ul style="list-style-type: none"> Considéré maintenant comme un trouble anxieux (antérieurement dans la catégorie des troubles diagnostiqués habituellement pour la première fois pendant la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence) Ne spécifie plus que l'âge d'apparition doit être avant 18 ans Ajout du critère de la durée ≥ 6 mois |
| Mutisme sélectif | <i>Aucun changement</i> | <ul style="list-style-type: none"> Classé maintenant dans les troubles anxieux (antérieurement dans la catégorie des troubles diagnostiqués habituellement pour la première fois pendant la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence) |

* Également nouveau dans le DSM-5, le jugement que la peur ou l'anxiété est excessive est émis par le clinicien
DSM = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Approche générale

Le traitement des troubles anxieux peut être extrêmement gratifiant pour les cliniciens, car les patients répondent habituellement bien aux traitements psychologique et pharmacologique. Plusieurs lignes directrices pratiques peuvent être citées comme références pour le traitement des troubles anxieux, plus précisément le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale^{6,19-21}. Il est important d'effectuer une évaluation précise et complète des symptômes d'anxiété, des déficiences, de la présence de troubles mentaux et physiques comorbides, des préférences thérapeutiques du patient et de l'accès aux psychothérapies fondées sur des données probantes. La mesure des symptômes en utilisant les informations consignées par les patients dans leur journal sur leurs attaques de panique ou leurs « inquiétudes » ou l'utilisation d'échelles normalisées auto-rapportées (p. ex., l'échelle OASIS [*Overall Anxiety Severity and Interference Scale*])²² peuvent aider les patients et les thérapeutes à suivre l'évolution et la sévérité des troubles anxieux et sont des aides incontournables au traitement.

L'impact de la comorbidité

La présence d'une comorbidité avec un trouble mental (i.e., trouble de l'humeur, trouble lié à l'utilisation de substances ou trouble de la personnalité) influe significativement sur la prise en charge du patient. Si une personne est sévèrement déprimée, le traitement de la dépression – généralement une pharmacothérapie combinée à une psychothérapie et la prise en charge des symptômes d'anxiété – est une priorité. Si un trouble bipolaire est comorbide avec un ou plusieurs troubles anxieux, cela peut avoir un impact sur le type de stupéfiants utilisés (p. ex., choix d'un stabilisateur de l'humeur ou de la gabapentine). L'auto-médication avec de l'alcool et des stupéfiants pour réduire la tension et l'anxiété est courante et est associée à un risque accru de troubles liés à l'utilisation de substances²³. Il est important pour les patients et les cliniciens de comprendre qu'un cercle vicieux peut se créer lorsque les symptômes d'anxiété entraînent une auto-médication avec de l'alcool et des stupéfiants, entraînant une anxiété de rebond. Les recommandations antérieures mettaient l'accent sur l'abstinence avant le traitement de l'anxiété

Figure 1 : Algorithme pour le traitement et la prise en charge des troubles anxieux



Adapté avec la permission de l'Association des psychiatres du Canada. Clinical Practice Guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006;51(8 Suppl 2):9S-91S, et Stein MB, Sareen J. Anxiety disorders. Dans : Hales R, Yudofsky S, Gabbard G, réds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 6^e édition. En presse.

et des troubles liés à l'utilisation de substance comorbides. Cependant, on pense actuellement que lorsque cela est possible, il est préférable de traiter les deux troubles de façon concomitante.

La plupart des patients préfèrent traiter l'anxiété au moyen de la psychothérapie seule ou combinée à une pharmacothérapie²⁴. Cependant, la psychothérapie fondée sur des données probantes peut ne pas être facilement accessible à tous les patients. La médication devient donc fréquemment le mode de traitement *de facto* des troubles anxieux. Même dans ces circonstances, il devrait être possible d'optimiser les soins du patient par des instructions et des ressources appropriées sur le plan éducatif, motivationnel et comportemental.

Psychothérapie

Parmi les interventions utilisées pour les troubles anxieux, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) nous a donné les preuves les plus solides de son efficacité^{19,21,24}. Elle peut être offerte sous plusieurs formes, la thérapie individuelle, la thérapie de groupe, la bibliothérapie, la thérapie par téléphone et la thérapie en ligne. Bien qu'il y ait eu peu de changements dans le traitement des troubles anxieux depuis les lignes directrices de pratique clinique de 2006 élaborées par l'Association des psychiatres du Canada⁶, la TCC par Internet (TCCi) est devenue un traitement bien établi pour la dépression, le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale, offrant la possibilité de réduire la comorbidité^{25,26}. Les applications de la TCC sur les téléphones mobiles sont de plus en plus facilement disponibles, mais n'ont pas été évaluées.

La TCC pour les divers troubles anxieux diffère légèrement en termes d'objectif et de contenu, mais ses principes sous-jacents et ses approches sont similaires²⁷. Les principales composantes incluent la psycho-éducation, les techniques de relaxation, la restructuration cognitive et la thérapie d'exposition. Pendant une séance de TCC, les patients font lentement face aux situations qui provoquent leur anxiété et apprennent que s'ils sont exposés suffisamment longtemps à la situation, leur anxiété disparaît.

Bien que d'autres psychothérapies soient prometteuses – p. ex. la psychothérapie psychodynamique, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la réduction du stress fondée sur la pleine conscience ou d'autres thérapies qui ciblent le contrôle des émotions – des recherches plus approfondies sont nécessaires pour démontrer leur efficacité et établir un lien avec les préférences des patients. La TCC pour les troubles anxieux a un taux élevé d'acceptabilité et de réponse. Cependant, il y a largement la place pour de nouveaux traitements, afin de répondre aux besoins des patients pour qui les thérapies standards ont été un échec.

Pharmacothérapie

La pharmacothérapie est une option importante pour de nombreux patients atteints de troubles anxieux, soit combinée à la TCC, soit utilisée seule²⁸. La pharmacothérapie ne devrait jamais être prescrite sans matériel éducatif additionnel. Celui-ci peut être fourni en ligne à un faible coût ou gratuitement par le biais de sources d'information de haute qualité non biaisées, incluant les *National Institutes of Health, l'Anxiety and Depression Association*

of America (ADAA), UpToDate™ (rédigé expressément pour les consommateurs) ou anxiétés.com.

Plusieurs classes de médicaments sont indiquées par Santé Canada et par des organismes réglementaires similaires dans d'autres pays pour le traitement de troubles anxieux spécifiques. Bien que l'utilisation de médicaments approuvés garantisse que leur approbation repose sur un certain niveau de preuve, les praticiens autorisés peuvent choisir de prescrire des médicaments « hors indication », sous réserve qu'il existe pour le médicament commercialisé de solides éléments de preuve publiés et revus par les pairs de son efficacité et de son innocuité pour l'affection clinique et les circonstances spécifiques du patient. Les classes de médicaments dont l'innocuité et l'efficacité ont été le mieux démontrées (lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée) pour le traitement des troubles anxieux (à l'exception des phobies spécifiques) sont les antidépresseurs, incluant les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine (IRSN), les antidépresseurs tricycliques (ATC), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les anxiolytiques benzodiazépiniques.

Les ATC et les IMAO ont été rarement utilisés depuis l'avènement des ISRS, car ils sont moins bien tolérés. Cependant, certains experts pensent que les IMAO peuvent être efficaces chez les patients dont les symptômes ne répondent pas à d'autres traitements, en particulier dans le traitement des troubles d'anxiété sociale. Il y a également des éléments de preuve que plusieurs anxiolytiques non benzodiazépiniques (p. ex., la buspirone et la prégabaline) peuvent jouer un rôle, et pour l'anxiété réfractaire, les antipsychotiques atypiques peuvent possiblement être utiles.

Les ISRS et les IRSN. Actuellement, six ISRS (la fluoxétine, la sertraline, la paroxétine, la fluvoxamine, le citalopram et l'escitalopram) et trois IRSN (la venlafaxine, la desvenlafaxine et la duloxétine à libération prolongée) sont disponibles au Canada. Bien que les ISRS aient des indications différentes pour certains troubles anxieux, les cliniciens ont tendance à considérer qu'ils ont la même efficacité, étant donné qu'il n'y a pas de preuve du contraire. En tant que classe, les ISRS sont considérés comme des agents pharmacothérapeutiques de première ligne pour tous les troubles anxieux (à l'exception notable de la phobie spécifique) en raison de leur niveau global d'efficacité, d'innocuité et de tolérabilité⁶.

Il est recommandé de faire un essai thérapeutique avec un ISRS à la dose la plus faible possible. Un suivi devrait être assuré après la première semaine, afin d'évaluer la tolérabilité du médicament et l'observance du patient. La dose est ensuite progressivement augmentée jusqu'à atteinte de la dose thérapeutique. Une réponse initiale est généralement obtenue après 4 à 6 semaines et une réponse optimale est obtenue après 12 à 16 semaines. Un suivi doit être effectué toutes les deux semaines pendant les six premières semaines, puis tous les mois. On pense à tort que les patients atteints de troubles anxieux répondent à de plus faibles doses d'antidépresseurs que les patients atteints de dépression^{6,18}. En fait, les doses moyennes pour traiter les troubles anxieux sont élevées ou plus élevées que pour la dépression. De plus, de nombreux patients souffrant d'anxiété sont également atteints de dépression majeure, ce qui nécessite d'utiliser une dose complète d'antidépresseur. Les cliniciens peuvent prendre 1 à 2 semaines supplémentaires pour atteindre ces doses chez les patients atteints de troubles anxieux, de troubles comorbides ou autres. Les progrès peuvent être mesurés à chaque visite au moyen d'outils d'évaluation par le clinicien (p. ex., l'échelle d'impression clinique globale) ou des échelles auto-rapportées (p. ex., l'échelle DASS qui mesure la dépression, l'anxiété et le stress)⁶.

Chez les patients qui ne répondent pas à un ISRS, l'étape suivante consiste à faire l'essai d'un IRSN différent ou à passer à un IRSN. Chez les patients qui obtiennent une réponse partielle à un ISRS ou à un IRSN, on peut envisager un traitement d'appoint avec une benzodiazépine ou un autre anxiolytique. Une pharmacothérapie peut être nécessaire pendant 1 à 2 ans ou plus.

Parmi tous les anxiolytiques, les benzodiazépiniques sont parmi les mieux tolérés et les plus efficaces, ayant un large spectre d'efficacité pour les troubles anxieux, incluant la phobie spécifique. Elles peuvent être utilisées comme agent de première ligne pour traiter l'anxiété et sont la pharmacothérapie la mieux établie pour traiter l'anxiété prévisible et limitée à des situations particulières (p. ex., une phobie spécifique telle que prendre l'avion ou une phobie sociale telle que prendre la parole en public), étant donné qu'on peut les prescrire selon les besoins²⁹. Cependant, les benzodiazépiniques doivent être prescrites avec prudence, car elles peuvent faire l'objet d'abus, et avec une supervision stricte chez les patients ayant des antécédents d'abus d'alcool ou d'autres substances.

La prescription de benzodiazépiniques selon les besoins pour l'anxiété imprévisible (p. ex. le trouble panique) ou l'anxiété chronique (p. ex., le TAG) n'est pas recommandée. Les benzodiazépiniques doivent généralement être prescrites pour l'anxiété selon une posologie régulière (i.e., 1 à 4 fois par jour selon les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la benzodiazépine utilisée), et selon les besoins en présence de phobies spécifiques prévisibles récidivant occasionnellement.

Anxiolytiques non benzodiazépiniques. La buspirone est un anxiolytique non benzodiazépinique ayant une efficacité limitée pour le traitement du TAG. En ce qui concerne la gabapentine et la prégabaline, les éléments de preuve de leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux sont limités, bien qu'elles soient parfois utilisées comme alternative aux benzodiazépiniques, souvent comme traitement d'appoint aux antidépresseurs.

Antipsychotiques atypiques. Il existe des éléments de preuve très limités que les antipsychotiques atypiques peuvent être efficaces en monothérapie ou comme traitement d'appoint aux antidépresseurs pour les troubles anxieux résistants aux traitements³⁰.

Combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

Bien qu'elles se fondent sur des données restreintes, plusieurs études suggèrent que la combinaison de la TCC et de la pharmacothérapie pour les troubles anxieux est supérieure à l'une ou l'autre des thérapies seules, en particulier chez les enfants^{31,32}. Cependant, l'efficacité de l'une ou l'autre modalité de traitement est suffisamment élevée pour que les cliniciens puissent choisir l'une ou l'autre comme traitement initial, principalement sur la base de la préférence du patient, et puisse ajouter ultérieurement l'autre option chez les patients qui ne répondent pas adéquatement à un essai thérapeutique.

ÉTUDE DE CAS (suite)

Après que notre patiente ait reçu le diagnostic de trouble panique, elle a été informée du modèle cognitif de la panique. Le thérapeute lui a demandé de tenir un journal dans lequel elle devait consigner ses attaques de panique, en incluant des détails, tels que le lieu où l'attaque a eu lieu, ses symptômes pendant l'attaque et les mesures qu'elle a prises pour gérer son anxiété. Pendant les séances de traitement, elle a appris à identifier les pensées dysfonctionnelles qui augmentaient son anxiété et les façons de contrer ces pensées en réfléchissant aux faits justifiant et à ceux ne justifiant pas sa peur d'avoir une crise cardiaque. De pair avec la TCC, on lui a proposé de faire l'essai d'un ISRS. Elle a commencé par 50 mg/jour de sertraline que l'on a augmentés progressivement jusqu'à atteinte d'une dose thérapeutique optimale. Après 6 semaines, la patiente n'a pas montré une réponse clinique significative et elle a continué de présenter des attaques de panique. Son médecin traitant a ensuite décidé de la faire passer à la paroxétine, un autre ISRS. Après 6 semaines, la patiente a rapporté que la paroxétine a eu des effets bénéfiques et elle a poursuivi le traitement.

Conclusion

Les troubles anxieux ont une prévalence élevée et sont fréquemment des affections invalidantes qui débutent souvent pendant l'enfance et persistent à l'âge adulte. Ils répondent généralement très bien à la TCC et/ou à la pharmacothérapie. Tous les patients devraient être renseignés sur leur trouble anxieux, les options de traitement, le pronostic, les facteurs précipitants et les signes de rechute.

Madame Katz est étudiante de troisième cycle dans le département de psychiatrie et membre du Manitoba Population Mental Health Research Group, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba. Le Dr Stein est professeur de psychiatrie et de médecine familiale et préventive, Université de Californie à San Diego. Le Dr Sareen est professeur de psychiatrie, de psychologie et de sciences de la santé communautaire, et chef de groupe, Manitoba Population Mental Health Research Group, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba.

Références

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et coll. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
3. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med.* 2006;166(19):2109-2116.
4. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21(3):169-184.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Association des psychiatres du Canada. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006;51(8 Suppl 2):9S-91S.
7. Batelaan NM, Rhebergen D, de Graaf R, Spijker J, Beekman AT, Penninx BW. Panic attacks as a dimension of psychopathology: evidence for associations with onset and course of mental disorders and level of functioning. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73(9):1195-1202.
8. Zimmerman M, Dalrymple K, Chelminski I, Young D, Galione JN. Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: implications for criteria revision in DSM-5. *Depress Anxiety.* 2010; 27(11):1044-1049.
9. Frances AJ, Nardo JM. ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *Br J Psychiatry.* 2013;203(1):1-2.
10. Kerns CE, Comer JS, Pincus DB, Hofmann SG. Evaluation of the proposed social anxiety disorder specifier change for DSM-5 in a treatment-seeking sample of anxious youth. *Depress Anxiety.* 2013;30(8):709-715.
11. Bogels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(5):663-674.
12. Stein DJ, Craske MG, Friedman MJ, Phillips KA. Meta-structure issues for the DSM-5: how do anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, post-traumatic disorders, and dissociative disorders fit together? *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(4):248-250.
13. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, et coll. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med.* 2012;42(1):1-13.
14. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety.* 2011;28(9):737-749.
15. Dubi K, Schneider S. The Picture Anxiety Test (PAT): a new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *J Anxiety Disord.* 2009;23(8):1148-1157.
16. Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, et coll. The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: a randomized comparison with a general anxiety program. *J Consult Clin Psychol.* 2013 Apr 22. [Epub ahead of print]
17. Mohr C, Schneider S. Anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22 Suppl 1:S17-S22.
18. Stein MB, Sareen J. Anxiety disorders. Dans : Hales R, Yudofsky S, Gabbard G, réds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry.* 6^e édition. (En presse).
19. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Panic Disorder.* 2^e édition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2009.
20. Roy-Byrne P, Stein M, Bystrisky A, Katon W. Pharmacotherapy of panic disorder: proposed guidelines for the family physician. *J Am Board Fam Pract.* 1998; 11(4):282-290.
21. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet.* 2008;371(9618):1115-1125.
22. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, et coll. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord.* 2009;112(1-3):92-101.
23. Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton JM. Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(8):800-807.
24. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et coll. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010;303(19):1921-1928.
25. Hedman E, Ljotsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012;12(6):745-764.
26. Johnston L, Titov N, Andrews G, Dear BF, Spence J. Comorbidity and internet-delivered transdiagnostic cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. *Cogn Behav Ther.* 2013;42(3):180-192.
27. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et coll. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(4):378-388.
28. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):839-854.
29. el-Guebaly N, Sareen J, Stein MB. Are there guidelines for the responsible prescription of benzodiazepines? *Can J Psychiatry.* 2010;55(11):709-714.
30. Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;12:CD008120.
31. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, et coll. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(3):286-295.
32. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et coll. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med.* 2008;359(26):2753-2766.

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucune divulgation à faire en relation avec le contenu de cette publication.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement à *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

La version française a été révisée par Martin Lepage, Ph.D., Montréal

UN PARTENARIAT POUR UNE FORMATION MÉDICALE INDÉPENDANTE

La publication de *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété conférences scientifiques* a été rendue possible grâce aux subventions à l'éducation de

Lundbeck Canada Inc.

AstraZeneca Canada Inc. • Bristol-Myers Squibb Canada • Pfizer Canada Inc.

© 2013 CANMAT ou l'Association Canadienne pour le Traitement des Troubles Anxieux et de l'Humeur, seule responsable du contenu de cette publication. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec CANMAT. *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration des traitements décrits ou mentionnés dans *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.