

Les troubles anxieux, c'est fréquent!

Pierre Savard, M.D., Ph.D.;
Éric Bugeaud, M.D.;
Thu Van DaO, M.D. et
Julie Turcotte, M.D., MSc

Présenté dans le cadre du
congrès *La psychiatrie*, FMOQ,
septembre 2008

Une personne sur quatre souffrira d'au moins un trouble anxieux durant sa vie. Le plus fréquent est la phobie sociale, atteignant une prévalence à vie de 11 à 13 % selon les études. Les coûts de santé qu'ils entraînent sont énormes. De plus, ils prédisposent à développer des dépressions, des abus d'alcool et de substances, et sont de plus en plus identifiés en tant que facteurs de risque importants de maladies physiques, comme les problèmes cardiovasculaires.

Encadré 1.1 Caractéristiques des différents troubles anxieux

Trouble panique avec agoraphobie (TPA)

Le TPA se caractérise par des épisodes soudains d'anxiété avec des symptômes comme des palpitations, des sueurs, des tremblements et le souffle court. Le patient a peur de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou.

Il anticipe d'autres crises et évite certaines situations, comme de circuler dans son quartier, d'aller à l'épicerie, au centre commercial, au cinéma ou encore d'utiliser les transports en commun.

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler caractérisent le TAG. Au moins trois des symptômes suivants doivent être présents depuis plus de six mois : agitation interne, fatigabilité, difficulté à se concentrer ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et perturbations du sommeil.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le TOC se manifeste par des pensées persistantes, récurrentes; les obsessions les plus fréquentes concernent la contamination, le doute (peur de ne pas avoir éteint la cuisinière ou de ne pas avoir fermé la porte avec la clé), peur de commettre un geste agressif ou sexuel (phobie d'impulsion).

Ces obsessions engendrent de l'anxiété que le patient tente de diminuer en faisant des compulsions comme se laver les mains, vérifier à répétition la cuisinière ou la porte.

Trouble d'anxiété sociale (TAS)

Le phobique social craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante dans les situations sociales. Il a peur du jugement des autres. Il est donc très anxieux dans ces situations ou les évite carrément. Participer à des activités de groupe, manger et boire en public, parler à un collègue ou un supérieur, assister à une soirée, travailler en étant observé, rencontrer des étrangers, parler à une réunion sont souvent des situations problématiques chez ces patients.

Diagnostiquer un trouble anxieux

« Si on trouve un trouble anxieux, il faut en chercher un autre ». Il est donc important d'évaluer tous les troubles anxieux (Encadrés 1.1 et 1.2). Il faut également interroger le patient sur la dépression et la dysthymie; les personnes anxieuses souffrent pendant de longues années et, trop souvent, consultent seulement lorsqu'elles sont devenues dépressives. La dépression est souvent accompagnée de symptômes anxieux; pour éviter de surdiagnostiquer des troubles anxieux, il faut donc questionner sur la présence de symptômes anxieux avant la dépression.

L'alcoolisme et les toxicomanies doivent également être évalués systématiquement. Lorsque le problème de consommation est maîtrisé, le patient peut entreprendre le traitement de l'anxiété.

Traiter de la manière la plus efficace

La pharmacothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les seules approches thérapeutiques validées par la recherche scientifique. Chacune présente des avantages et des inconvénients.

La TCC

Le problème principal avec la TCC est l'accessibilité; avec la pharmacothérapie, les rechutes après l'arrêt du traitement sont élevées. Les deux approches peuvent être combinées pour traiter le patient.

Il existe en français de bons manuels de traitement pour le patient. L'Encadré 2 présente ceux utilisés dans notre clinique. Un suivi avec un psychologue est nécessaire dans cette démarche thérapeutique.

Encadré 1.2 Caractéristiques des différents troubles anxieux (suite)

État de stress post-traumatique (ÉSPT)

Dans l'ÉSPT, le patient a vécu ou a été témoin d'une menace à son intégrité ou à celle d'autrui. Il a alors ressenti une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Les principaux traumatismes sont le viol, les expériences de combats, les agressions physiques et les accidents d'automobiles. Un symptôme clé est de revivre le traumatisme sous la forme de rêves, de cauchemars ou de rétrospectives (*flashbacks*).

Phobie spécifique

Une peur marquée et excessive de prendre l'avion, la peur des hauteurs, de certains animaux, de recevoir une injection ou de voir du sang sont des exemples de phobies spécifiques.

Encadré 2 Manuels de traitement pour le patient

- **TPA** : *La peur d'avoir peur*. André Marchand et Andrée Letarte. Éditions Stanké, 2004.
- **TOC** : *Je ne peux m'arrêter de laver, vérifier, compter*. Claude Sauteraud. Éditions Odile Jacob, 2002.
- **TAG** : *Arrêter de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Robert Ladouceur, Lynda Bélanger et Éliane Léger. Éditions Odile Jacob, 2008.
- **PS** : *La timidité. Comment la surmonter*. Gérard Macqueron. Éditions Odile Jacob, 2004.
- **ÉSPT** : *Se relever d'un traumatisme*. Pascale Brillon. Québec, 2006.

Les docteurs Savard, Bugeaud, DaO et Turcotte sont psychiatres à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et affiliés au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

La pharmacothérapie

Les ISRS

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et la venlafaxine sont les traitements de premier choix dans le traitement des troubles anxieux (Encadré 3 et Tableau 1). Certains tricycliques ont une efficacité comparable aux ISRS et à la venlafaxine, mais compte tenu des effets secondaires et du profil d'inocuité s'il y a intoxication, ils sont très peu utilisés.

La duloxétine, le second inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) disponible au Canada a eu récemment l'indication pour le trouble d'anxiété généralisée au Canada.

Ces antidépresseurs exercent habituellement leurs effets anxiolytiques plus tardivement que leurs effets antidépresseurs : il est donc important d'informer le patient que ces médicaments peuvent prendre de deux à quatre semaines pour agir et atteindre un plateau thérapeutique après 8 à 10 semaines de traitement. La médication est débutée à une demi-dose minimale efficace; après une semaine, la médication est augmentée à la dose minimale efficace. Après 8 à 10 semaines, on peut optimiser si la réponse est partielle.

Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont de moins en moins utilisées considérant les risques de dépendance avec cette classe de médicaments. Le clonazépan peut être initié à des doses de 0,25 à 0,50 mg, deux à trois fois par jour dans le TPA, le TAG et la phobie sociale lorsqu'un soulagement rapide est désiré. En combinaison avec les ISRS ou la venlafaxine, le clonazépan peut être graduellement retiré lorsque l'antidépresseur commence à être efficace.

Pendant combien de temps doit-on traiter un patient atteint de troubles anxieux?

Le traitement pharmacologique est poursuivi sur 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 s'il existe une comorbidité importante, surtout en présence d'une dysthymie ou d'une récurrence de dépression majeure.

Et si le trouble anxieux persiste?

Si la TCC est disponible, un patient qui s'est amélioré partiellement avec la médication pourrait bénéficier de cette approche thérapeutique. Il faut savoir que certains symptômes répondent mieux à cette approche, comme

Encadré 3**La pharmacothérapie à utiliser selon le trouble anxieux****TPA**

Les antidépresseurs doivent être débutés à petite dose, comme 5 mg de citalopram ou une demi-capsule de 37,5 mg de venlafaxine, car ces patients sont particulièrement sensibles aux effets secondaires. Les doses sont progressivement augmentées jusqu'à une dose minimale thérapeutique.

TAG

Les ISRS, la venlafaxine et la duloxétine sont efficaces pour traiter le TAG. Les benzodiazépines sont utilisées pour traiter certains symptômes, comme l'insomnie et l'agitation.

TOC

Une médication sérotoninergique doit être utilisée, soit un ISRS, de la venlafaxine, de la mirtazapine ou de la clomipramine. Souvent, il est nécessaire d'administrer des doses plus élevées, surtout si le patient ne bénéficie pas de TCC. Avec la clomipramine, il faut surveiller étroitement le risque suicidaire, considérant le risque de létalité s'il y a intoxication avec un tricyclique.

TAS

Les ISRS et la venlafaxine sont les premiers choix. L'efficacité des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) est bien documentée. Cependant, compte tenu des restrictions alimentaires qu'ils exigent, les IMAO ne constituent pas un traitement de première intention.

Les β -bloqueurs sont prescrits pour l'anxiété sociale de performance. Le propranolol (10 à 40 mg) ou l'aténolol (25 à 50 mg) sont administrés une à deux heures avant une présentation, un concert ou un discours.

ÉSPT

La médication seule n'est habituellement pas suffisante pour traiter l'ÉSPT. Elle peut cependant être aidante lorsqu'elle est combinée à une TCC.

Phobie spécifique

La médication n'est pas indiquée pour traiter la phobie spécifique. Le traitement est l'exposition systématique.

Tableau 1**La pharmacothérapie des troubles anxieux : doses minimales et maximales (18 à 65 ans)***

Médicament	Doses	Niveaux d'évidence scientifique du traitement selon le trouble anxieux				
		TPA	TAG	TOC	PS	ÉSPT
Citalopram	20-60 mg	I	4	2	2	3
Escitalopram	10-20 mg	I	I	2	I	3
Fluoxétine	20-80 mg	I	3	I	?	I
Fluvoxamine	100-300 mg	I	0	I	I	3
Paroxétine	20-60 mg	I	I	I	I	I
Sertraline	50-200 mg	I	I	I	I	I
Venlafaxine	75-375 mg	I	I	2	I	I
Bupropion	100-300 mg	3	2(XL)	0	3	3
Duloxétine	60-120 mg	0	I	4	4	0
Mirtazapine	15-45 mg	2	3	2	2	2


* Chez le patient âgé, avec insuffisance hépatique ou métaboliseur lent, les doses sont réduites de moitié ou plus.

Niveaux d'évidence scientifique : I = Méta-analyse ou au moins deux études contrôlées avec placebo; 2 = Au moins une étude contrôlée avec placebo ou médicament actif; 3 = Étude non contrôlée avec 10 sujets ou plus; 4 = Cas rapportés; 0 = Pas d'évidences; ? = Données contradictoires

Tableau adapté et mis à jour : Clinical Practice Guidelines, Management of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry. 2006 Jul; 51(8 Suppl 2):9S-9IS.

l'évitement chez l'agoraphobe et le phobique social. Pour le stress post-traumatique, la TCC nous apparaît difficilement contournable. De la même façon, un patient qui plafonne avec la TCC pourrait bénéficier de l'approche médicamenteuse.

Si la TCC n'est pas disponible, la médication doit être augmentée. Si après cette étape les gains ne sont pas satisfaisants, un essai avec un autre antidépresseur sera indiqué. Une autre possibilité est une consultation auprès d'un psychiatre.

À chaque étape, il convient de se questionner sur le diagnostic. Est-ce que d'autres maladies aux axes I, II et III pourraient mieux expliquer le tableau clinique, ou le compliquer? 

Des références sont disponibles, contactez-nous : clinicien@sta.ca

