

# **CHAPITRE 5**

## **TROUBLES ANXIEUX**

---

## Que sont les troubles anxieux?

Les personnes souffrant de troubles anxieux éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessives les amenant à éviter des situations qui pourraient déclencher l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui la réduisent.

Si tout le monde ressent de l'anxiété en réaction à certains événements, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent leur vie dans les domaines des relations interpersonnelles, des études, du rendement professionnel et des activités sociales et récréatives.

<u>Symptômes</u>
<b><u>Troubles anxieux</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentiments intenses et prolongés de peur et de détresse qui sont hors de proportion avec la menace ou le danger réel</li><li>• Les sentiments de peur et de détresse entravent le fonctionnement quotidien normal</li></ul>

### ***Types de troubles anxieux<sup>1</sup>***

#### **Anxiété généralisée (AG)**

Anxiété et inquiétude excessives survenant la plupart des jours d'une période durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités, accompagnées de symptômes tels qu'une fatigabilité et des difficultés de concentration.

#### **Phobie spécifique**

Peur marquée et persistante à l'égard d'objets ou de situations objectivement visibles, par exemple, les vols en avion, les hauteurs et certains animaux.

#### **État de stress post-traumatique (ESPT)**

Flashbacks, pensées et souvenirs effrayants persistants, colère ou irritabilité en réaction à une expérience terrifiante lors de laquelle il y a eu atteinte ou menace à l'intégrité physique, par

exemple, un viol, une agression subie pendant l'enfance, la guerre ou une catastrophe naturelle.

#### **Phobie sociale, également appelée trouble d'anxiété sociale**

Peur excessive ou évitement associés à des situations sociales ou de performance, comme des conversations, des soirées, des réunions, l'obligation de prendre la parole en public et d'autres situations dans lesquelles la personne pourrait éprouver de la gêne, ou une humiliation ou se sentir observée.

#### **Trouble obsessionnel-compulsif**

Obsessions : pensées, idées, impulsions ou représentations persistantes qui sont perçues comme intrusives et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée. Le sujet fait habituellement des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou impulsions, ou les neutraliser avec d'autres pensées et actions (compulsions).

**Compulsions** : comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, ranger les choses dans un certain ordre, vérifier) ou actes mentaux (tels que prier, compter ou répéter des mots) que le sujet se sent poussé à accomplir en réaction à une obsession ou comme s'il s'agissait d'un rituel.

### **Trouble panique**

Présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues, suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois de subir d'autres attaques, d'une inquiétude concernant l'attaque de panique proprement dite ou ses conséquences, ou d'un changement de comportement important associé aux attaques.

L'attaque de panique désigne une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise intense accompagnée d'au moins quatre des treize symptômes physiques suivants :

- Palpitations, accélération du rythme cardiaque ou battement très fort du cœur;
- Transpiration;
- Tremblements ou secousses musculaires;
- Sensation de « souffle coupé » ou d'étouffement;

- Sensation d'étranglement;
- Douleur ou gêne thoracique;
- Nausée ou gêne abdominale;
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement;
- Déréalisation ou dépersonnalisation;
- Crainte de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou;
- Peur de mourir;
- Paresthésies;
- Frissons ou bouffées de chaleur.

### **Agoraphobie**

Anxiété liée au fait de se retrouver dans un lieu ou une situation d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas de crise de panique, ou de symptômes apparentés, qui sont inattendus ou déclenchés par le contexte. Parmi les situations redoutées les plus courantes figurent le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ou le fait d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

## **Les troubles anxieux sont-ils répandus?**

Les troubles anxieux représentent la catégorie de troubles mentaux la plus répandue dans la population. Des enquêtes en population offrent diverses estimations de la prévalence des troubles anxieux dans la population. Ainsi, selon une enquête réalisée en Ontario<sup>2</sup>, 12 % des adultes âgés de 15 à 64 ans, soit 9 % des hommes et 16 % des femmes, avaient éprouvé un trouble anxieux au cours des 12 mois précédant l'enquête. La US National Comorbidity Survey (2001-2003) a établi à 18,1 % la proportion estimative des adultes de 18 ans et plus qui avaient souffert d'un trouble anxieux au cours des 12 mois précédant l'enquête.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 4,7 % des Canadiens de 15 ans et plus ont signalé des symptômes qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux suivants au cours des 12 derniers mois : 1,6 % ont fait état d'un trouble panique; 0,7 %, d'agoraphobie; et 3,0 %, de trouble d'anxiété sociale. Plus d'un adulte sur dix (11,5 %) a déclaré des symptômes qui correspondaient aux critères des troubles anxieux suivants au cours de la vie : trouble panique (3,7 %), agoraphobie (1,5 %) et trouble d'anxiété sociale (8,1 %).

Des études antérieures réalisées au Canada<sup>3,4,5</sup> sur la prévalence de divers troubles anxieux au cours d'une année chez des personnes âgées de 15 à 64 ans ont établi les estimations suivantes:

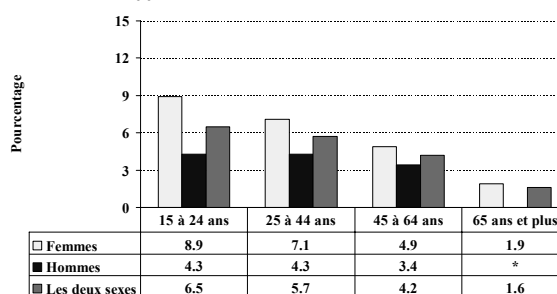
- 1,1 % ont souffert d'anxiété généralisée;
- de 6,2 % à 8,0 % ont présenté une phobie spécifique;
- 6,7 % ont souffert de phobie sociale;
- 1,8 % ont présenté un trouble obsessionnel-compulsif;
- 0,7 % ont présenté un trouble panique.

## Répercussions des troubles anxieux

### Qui est atteint?

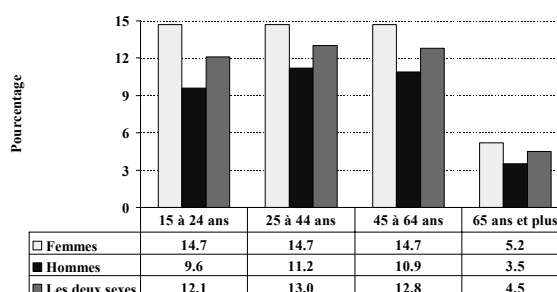
Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), une plus forte proportion de femmes que d'hommes de moins de 65 ans ont présenté au cours des 12 derniers mois des symptômes qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux étudiés (figure 5-1). La différence la plus marquée se situait chez les jeunes adultes (15 à 24 ans), où les femmes étaient deux fois plus nombreuses à présenter un trouble anxieux (8,9 % contre 4,3 % chez les jeunes hommes). L'écart s'amenuisait avec l'âge, la proportion de femmes atteintes d'un trouble anxieux diminuant d'un groupe d'âge à l'autre. La prévalence des troubles anxieux sur 12 mois et au cours de la vie était plus faible chez les personnes âgées que chez les groupes d'âge plus jeunes (figure 5-2). Environ un adulte sur huit au Canada des groupes d'âge de 15 à 24 ans, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans a fait état de symptômes au cours de la vie qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux étudiés lors de l'enquête.

Figure 5-1 Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



\*Échantillon trop petit  
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 5-2 Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

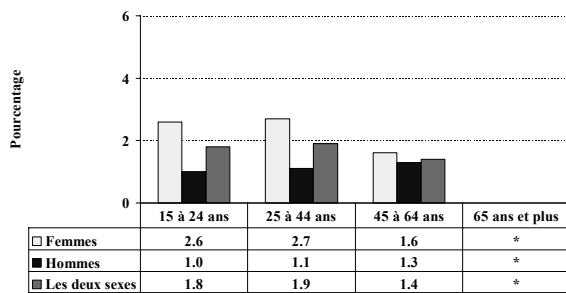
Les femmes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans étaient plus nombreuses que les hommes du même groupe d'âge à être classées dans la catégorie des personnes qui ont présenté un **trouble panique** au cours des 12 derniers mois (figure 5-3). Dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans, les proportions étaient comparables chez les hommes et chez les femmes. Même si la prévalence sur 12 mois des troubles paniques était plus faible chez les 45 à 64 ans, la prévalence au cours de la vie y était plus élevée que dans tout autre groupe d'âge (figure 5-4).

Les jeunes (de 15 à 24 ans) femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les jeunes hommes à faire état de symptômes qui

correspondaient aux critères de **phobie sociale** au cours des 12 derniers mois (figure 5-5). Cette proportion diminuait chez les femmes avec l'âge. Près d'un Canadien sur 10 de moins de 65 ans répondait aux critères de phobie sociale au cours de sa vie (figure 5-6). La prévalence sur toute la vie chutait de manière marquée pour le groupe d'âge de 65 ans et plus.

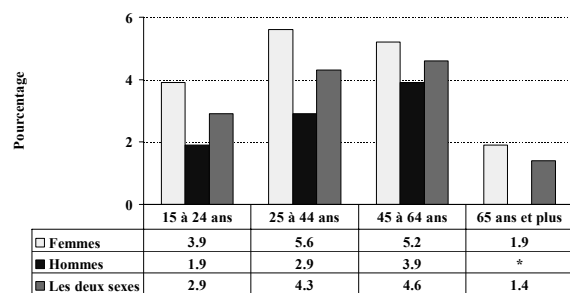
Les femmes (1,0 %) étaient deux fois plus nombreuses que les hommes (0,4 %) à signaler des symptômes qui correspondaient aux critères de l'**agoraphobie**. Toutefois, l'échantillon était trop petit pour permettre une évaluation de la prévalence selon l'âge.

**Figure 5-3** Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



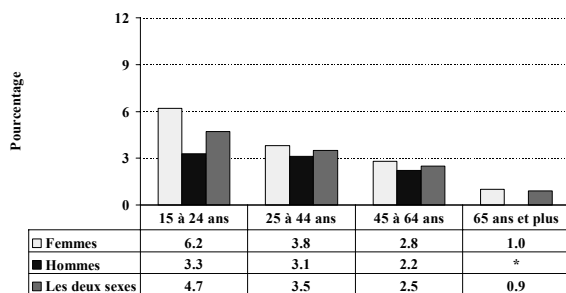
\*Échantillon trop petit  
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

**Figure 5-4** Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



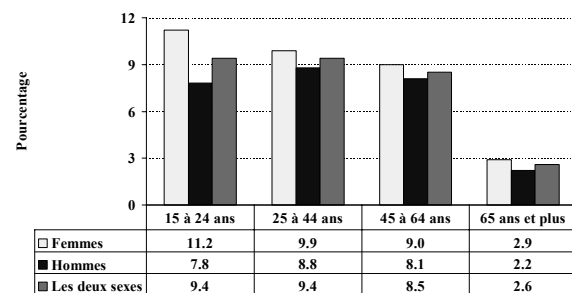
\*Échantillon trop petit  
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

**Figure 5-5** Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



\*Échantillon trop petit  
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

**Figure 5-6** Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

## Quelles sont les répercussions pour la personne atteinte?

Dans bien des cas, les symptômes des troubles anxieux apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte<sup>6</sup>. Les personnes atteintes évitent les situations qui déclenchent leurs symptômes, ce qui peut avoir de graves répercussions sur leurs études, leur vie professionnelle et leurs activités récréatives et sociales<sup>7</sup>.

Les personnes qui présentent un trouble anxieux grave sont aussi plus susceptibles de souffrir soit d'un autre type de trouble anxieux, d'une dépression majeure, d'un trouble dysthymique, d'une consommation problématique de substances ou d'un trouble de la personnalité<sup>8</sup>. Ce phénomène accentue les effets du trouble anxieux et vient compliquer le traitement.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la plupart des personnes ayant signalé des symptômes répondant aux critères d'une phobie sociale ou d'un trouble panique au cours des 12 derniers mois ont indiqué que l'affection avait perturbé leur vie. C'était le cas de 75,6 % de celles atteintes d'un trouble panique et de 82,6 % de celles souffrant de phobie sociale. Selon ces personnes, leur maladie avait altéré leur vie familiale, scolaire, professionnelle et sociale (figure 5-7). En particulier, les deux tiers (66,3 %) des personnes atteintes de phobie sociale ont déclaré que leur affection avait perturbé leur vie

sociale. Environ une personne sur deux présentant un trouble panique a fait état de répercussions sur sa vie familiale, professionnelle et sociale.

### Répercussions économiques

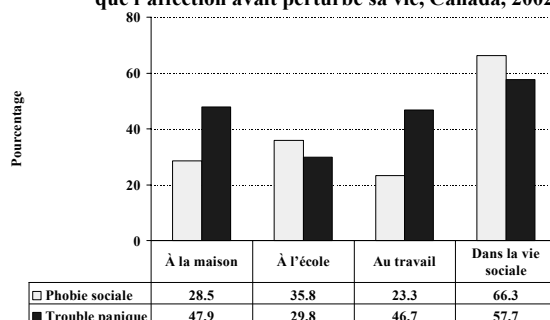
Les troubles anxieux sont à ce point répandus qu'ils ont d'importantes répercussions économiques<sup>9</sup>. Ils entraînent une perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage. Ils se traduisent aussi par le versement de prestations d'assurance-invalidité.

De plus, le recours abondant au service des urgences et au système de soins primaires en réaction aux symptômes physiques vient alourdir le fardeau financier lié aux soins de santé.

### Stigmatisation associée aux troubles anxieux

Parce que les troubles anxieux constituent le prolongement de ce que la plupart des gens perçoivent comme des inquiétudes normales, il arrive que les personnes qui en souffrent craignent que l'entourage ne qualifie d'excessives leurs craintes et leurs inquiétudes et ne les associe à une faiblesse. C'est pourquoi il arrive qu'elles taisent leurs symptômes et qu'elles essaient de s'occuper de leur problème toutes seules.

**Figure 5-7 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères de la phobie sociale ou du trouble panique au cours des 12 derniers mois et qui a déclaré que l'affection avait perturbé sa vie, Canada, 2002**



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

## Causes des troubles anxieux

Les troubles anxieux découlent de l'interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, cognitifs, développementaux et autres, comme le stress personnel, socioéconomique ou professionnel. Diverses théories ont été avancées pour expliquer le rôle joué par ces facteurs dans l'apparition des troubles<sup>10</sup>.

La première théorie est expérientielle. Elle postule que la peur peut naître d'une première expérience, comme une situation embarrassante, une agression physique ou sexuelle ou le fait d'être témoin d'un acte violent. Les expériences subséquentes de nature analogue ont pour effet de renforcer la peur.

Selon une seconde théorie, liée à la cognition ou à la réflexion, l'individu croit ou prévoit qu'une situation donnée prendra une tournure embarrassante ou dangereuse. Un tel phénomène peut être lié à la présence de parents

surprotecteurs qui mettent continuellement la personne en garde contre d'éventuels problèmes.

Une troisième théorie repose sur des fondements biologiques. Des recherches indiquent que l'amygdale, une structure située en profondeur dans le cerveau, sert à signaler la présence d'une menace et déclenche une réaction de peur ou d'anxiété. Elle emmagasine aussi des souvenirs émotionnels et peut intervenir dans l'apparition de troubles anxieux. Les enfants d'adultes atteints de troubles anxieux sont beaucoup plus à risque que l'ensemble de la population, ce qui indique l'existence d'une possible piste génétique<sup>11</sup>. De nombreuses études ont aussi confirmé le lien entre les neurotransmetteurs du cerveau, comme la sérotonine et la norépinéphrine, des facteurs hormonaux et l'apparition et l'évolution de troubles anxieux.

## Traitement

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles anxieux passe nécessairement par un dépistage précoce et une prise en charge appropriée du phénomène, ce qui contribue aussi à prévenir des troubles secondaires fréquents, comme la dépression et la consommation problématique de substances.

Plusieurs facteurs expliquent que les personnes atteintes de troubles anxieux hésitent à demander de l'aide, entre autres la stigmatisation, le manque de connaissances ou de ressources financières personnelles, ou une pénurie de professionnels de la santé. De plus, il arrive que les médecins de famille ne réussissent pas à dégager, à partir des symptômes d'une personne, un profil qui permettrait de poser un diagnostic exact. Trop souvent, les symptômes ne sont pas pris au sérieux, et la personne souffrant d'un trouble anxieux est considérée comme un sujet émotionnellement instable. Des activités

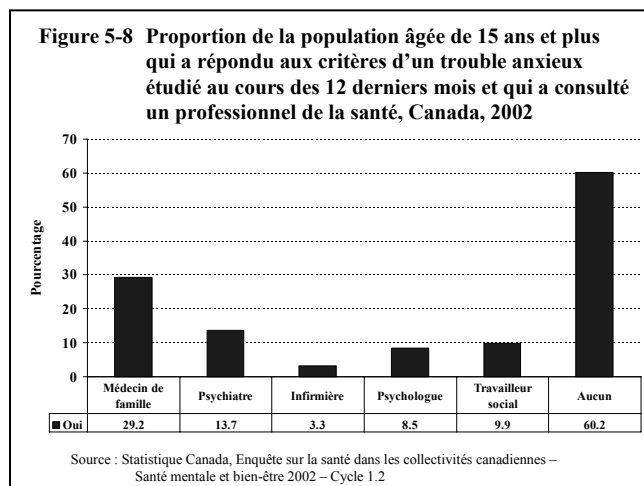
d'éducation menées auprès du public et des médecins de famille aideraient à remédier à ce problème.

Il ressort d'un examen récent de la recherche sur les troubles anxieux que parmi les traitements efficaces figurent la pharmacothérapie (généralement, le recours aux antidépresseurs ou aux anxiolytiques) et la thérapie cognitivo-comportementale, laquelle aide la personne à transformer ses pensées anxieuses en idées plus rationnelles et moins anxiogènes et l'encourage à faire face aux situations redoutées et à éliminer divers comportements sécurisants<sup>12,13</sup>. Les groupes de soutien conçus pour les individus et les familles peuvent aussi aider à trouver des moyens d'atténuer les symptômes et de composer avec eux.

Les troubles anxieux peuvent être bien pris en charge dans un établissement de soins primaires. L'accès à des spécialistes de la thérapie cognitivo-

comportementale dans le cadre d'un modèle de partage des soins peut aider les médecins de famille à offrir des soins optimaux à leurs patients.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), trois personnes sur cinq souffrant de l'un des troubles anxieux étudiés ont déclaré n'avoir pas consulté de professionnel de la santé à ce sujet (figure 5-8). Le professionnel le plus souvent consulté était le médecin de famille, suivi du psychiatre, du travailleur social ou du psychologue.



## Notes de fin de document

- 1 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>e</sup> édition. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1994.
- 2 Ontario. Ministère de la Santé. L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément - santé mentale. Toronto : Ministère de la Santé; 1994.
- 3 Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77(suppl 338):24–32.
- 4 Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Revue canadienne de psychiatrie.* 1996;41:559–563.
- 5 Bland. Op. cit.
- 6 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;62:593–602.
- 7 Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness Intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1998;186(3):311–315.
- 8 Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology.* 2001;110(4):585–599.
- 9 British Columbia Ministry of Health, Adult Mental Health Division. The Provincial Strategy Advisory Committee for Anxiety Disorders. *A Provincial Anxiety Disorders Strategy; 2002.*
- 10 Oxford Textbook of Psychopathology. Millon T, Blaney PH, Davis R, éditeurs. New York : Oxford University Press; 1999.
- 11 Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorder in Edmonton: panic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;suppl 376:45-53.
- 12 Antony MM, Swinson RP. Les troubles anxieux et leur traitement : analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves. Ottawa : Santé Canada; 1996.
- 13 Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et coll. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;62:290–298.