

**L'anxiété chez les personnes ayant une  
déficience visuelle : ampleur de la situation,  
dépistage et pistes d'interventions.**

Document-synthèse de veille informationnelle

*Recherche documentaire*

Josée Duquette, agente de planification, programmation et recherche  
Francine Baril, technicienne de documentation

*Préparation du document*

Josée Duquette, agente de planification, programmation et recherche

Le 20 mars 2014

## **Avertissement**

Ce document ne constitue pas une revue de littérature. Il a été élaboré dans le but de fournir et de rendre plus facilement accessibles certaines informations sélectionnées en fonction de leur lien direct avec le sujet, sans toutefois passer en revue tous les articles ou documents qui pourraient y être associés.

## **Autorisation de reproduction**

L'information contenue dans ce document peut être reproduite, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, sans frais et sans autre permission de l'INLB, pourvu qu'une diligence raisonnable soit exercée afin d'assurer l'exactitude de l'information reproduite, que l'INLB soit mentionné comme organisme source et que la reproduction ne soit présentée ni comme une version officielle ni comme une copie ayant été faite en collaboration avec l'INLB ou avec son consentement.

Il est strictement interdit de modifier ce document, de quelque façon que ce soit.

Il est strictement interdit de reproduire ce document, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, à des fins commerciales.

© Institut Nazareth et Louis-Braille, 2014

N.B. Dans cette publication, la forme masculine désigne tant les femmes que les hommes.

# L'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle : ampleur de la situation, dépistage et pistes d'interventions

## Sommaire

Le taux d'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle (DV) est élevé, jusqu'à deux fois plus que chez la population normale. Leurs sources d'anxiété sont variées. Toutefois, il ne semble pas exister de relation entre la sévérité de la perte visuelle et celle de l'anxiété. Cette dernière est plutôt liée à la perception et à l'expérience subjective, et non aux mesures visuelles. Par contre, l'instabilité de la vision, peu importe le degré de perte visuelle, influence le processus d'ajustement puisqu'elle génère de l'incertitude face au futur et s'accompagne souvent d'anxiété et de peurs. Le niveau d'anxiété est aussi associé à la récence de la perte visuelle. Sur un autre plan, le syndrome Charles-Bonnet peut entraîner de l'anxiété à cause de la nature intrusive et dérangement des hallucinations visuelles qui y sont associées, du manque de connaissances ou de compréhension sur l'origine du phénomène et de la crainte que ce soit associé à une instabilité mentale.

Il est crucial d'adresser les symptômes d'anxiété le plus tôt possible, car ils peuvent évoluer vers des troubles anxieux, plus graves. Ces derniers génèrent de la souffrance personnelle et nuisent au fonctionnement de l'individu et à sa réadaptation. La prévention et le traitement de l'anxiété passent par son dépistage. Plusieurs instruments ont été développés à cet effet. Certains ont été traduits en français au Québec (ex. : *Beck Anxiety Inventory*; *Hospital Anxiety and Depression Scale*) ou en Europe (ex. : *General Health Questionnaire*). Le *Questionnaire Tarragona of Anxiety for the Blind* a été développé en Espagne spécifiquement en lien avec la DV, mais n'a pas été traduit en français.

Il existe une relation de comorbidité évidente entre les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Il est recommandé qu'en présence d'une dépression accompagnée de *symptômes* d'anxiété, la priorité habituelle est de traiter la dépression. Par contre, si la personne présente un *trouble* d'anxiété et une dépression, il est indiqué de traiter l'anxiété en premier, car cela contribue souvent à améliorer la dépression ou les symptômes dépressifs.

La thérapie cognitive comportementale est efficace et efficiente pour traiter l'anxiété dans la population en général. Par contre, aucune recherche n'a évalué son efficacité et son efficience auprès des personnes avec DV. Seule une étude, actuellement en cours, s'est penchée sur les interventions visant à prévenir l'apparition de troubles majeurs de dépression et d'anxiété et à réduire la sévérité et la durée des symptômes chez cette population. Le modèle de soins en étapes est à la base de ce programme expérimental; ses résultats ne sont pas encore publiés. Des travaux de recherche demeurent également nécessaires afin d'évaluer l'efficacité du modèle de soins en étapes sur le plan clinique et en termes de coût/efficacité.

Par ailleurs, quelques études ont montré que la réadaptation contribue à réduire l'anxiété des personnes ayant une déficience visuelle. Toutefois, il demeure nécessaire de déterminer quels sont les aspects essentiels du programme.

# **L'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle : ampleur de la situation, dépistage et pistes d'interventions**

Les intervenants travaillant en réadaptation en déficience visuelle observent que nombre d'utilisateurs présentent des symptômes d'anxiété, à des degrés variés. Quoique l'anxiété soit souvent situationnelle et normale, elle semble pathologique dans certains cas. Or, dans un souci de pouvoir offrir les meilleurs services possible ou orienter les utilisateurs vers les ressources appropriées lorsque nécessaire, ceci amène des interrogations. Par exemple, comment peut-on dépister les cas d'anxiété pathologique? Quels types d'interventions sont les plus prometteurs pour prévenir ou réduire l'anxiété clinique?

Le présent document vise à fournir des informations de base provenant de la littérature scientifique sur ce sujet. Afin de mieux situer le contexte, l'anxiété chez la population en général constitue le premier point. Quelques instruments d'évaluation de l'anxiété utilisés dans des études en déficience visuelle, ou traduits en français, sont ensuite brièvement présentés. Les sections subséquentes sont centrées sur l'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle et le traitement des troubles anxieux, notamment selon le modèle des soins en étapes.

Note : afin de faciliter la lecture du texte, les pourcentages mentionnés sont arrondis à l'unité près et les écarts types n'y figurent pas.

## **➤ L'anxiété chez la population en général**

- **Les troubles anxieux**

L'anxiété est un mécanisme d'adaptation naturel destiné à protéger l'individu contre des situations dangereuses [24; 37]. Elle est caractérisée par une appréhension vague et diffuse face à un problème plus ou moins identifié, auquel l'individu doit trouver une solution, et par des manifestations physiologiques plus ou moins intenses (ex. : accélération du rythme cardiaque, maux de tête, transpiration, etc.) [51].

Il est normal de ressentir de l'anxiété lorsqu'on se retrouve dans une situation stressante, comme un examen, une entrevue ou un changement d'emploi, une épreuve sportive, un changement majeur dans sa vie, etc. La plupart du temps, cette anxiété, situationnelle, s'atténue suite à l'événement [37]. Par contre, l'anxiété devient un trouble pathologique si la réaction est exagérée par rapport à la gravité de la situation réelle ou si elle persiste après la disparition du danger ou de la menace; si elle se manifeste sans raison; si elle préoccupe constamment l'individu ou affecte sa capacité de fonctionner normalement, au travail, en société ou dans d'autres domaines [23; 24]. Le trouble anxieux se distingue donc de l'anxiété normale par la souffrance personnelle et la difficulté à fonctionner [24].

Les troubles anxieux incluent les crises de panique, la névrose obsessionnelle compulsive, la phobie sociale, la phobie spécifique (phobie simple), le syndrome de stress post-traumatique et le trouble d'anxiété généralisée [24]. Ils peuvent entraîner des comportements d'évitement et de compulsion [24]. En plus des sensations psychologiques, ils sont souvent accompagnés de diverses manifestations physiques plus ou moins intenses (ex. : palpitations cardiaques, tremblements, sensation d'être étouffé, étourdissements, nausées, etc.) [23; 24].

Plusieurs facteurs internes et externes peuvent contribuer au développement des troubles anxieux, dont l'instinct (ex. : agoraphobie); la chimie du cerveau (ex. : déséquilibre des hormones de stress / cortisol/ dans le cerveau); la génétique (vulnérabilité biologique au stress); l'environnement (ex. : influence du milieu social de vie, situation familiale difficile); les événements traumatisants; le tempérament [24]. Mentionnons que les individus sujets aux troubles anxieux pensent en termes absolus et ne lâchent pas prise facilement. Or, peu importe la situation, comme nous ne pouvons habituellement pas être totalement en sécurité et que rien ne peut être contrôlé avec une certitude absolue, ceci crée de l'anxiété et possiblement des troubles anxieux chez ces personnes. Par ailleurs, une faible estime de soi et une faible capacité d'adaptation augmentent les risques de développer un trouble anxieux [24].

- **La prévalence de l'anxiété**

Des résultats publiés en 1996 faisaient état d'une prévalence d'environ 12 % des troubles anxieux chez les habitants de l'Ontario (Canada), sur une période d'un an [42]. Dans la population en général, leur prévalence, mis à part l'agoraphobie, serait deux fois plus élevée chez les personnes de 15-54 ans que chez les plus âgées [8]; par contre, les individus de 65 ans et plus ont les taux d'hospitalisation les plus élevés [49]. Les femmes sont également deux fois plus à risque que les hommes d'être atteintes d'un trouble anxieux [24]; leur taux d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, en raison d'un trouble anxieux, est également deux fois plus élevé [49].

- **L'impact fonctionnel de l'anxiété**

L'anxiété a des répercussions négatives sur le plan fonctionnel, comme l'a montré une étude longitudinale de 7 ans de Norton et al. (2012), réalisée auprès de 1581 personnes âgées de 65 ans et plus. L'anxiété s'est révélée un prédicteur des limitations d'activités, indépendamment de la présence d'une dépression comorbide [41]. En effet, comparativement aux sujets qui n'arboraient pas de troubles anxieux à la base, ceux qui en présentaient, soit 14 % de l'échantillon, étaient environ deux fois plus à risque d'être limités dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne. Par ailleurs, ceux qui présentaient des traits d'anxiété étaient 2,4 fois plus restreints socialement (confinés à leur domicile ou dans leur quartier seulement); le risque de limitations était associé à la sévérité du trait d'anxiété.

- **La comorbidité anxiété et dépression**

Une étude épidémiologique de King-Kallimanis (2009), effectuée aux États-Unis auprès d'adultes de 18-64 ans, montre qu'il existe une relation de comorbidité évidente entre les troubles dépressifs et les troubles anxieux. D'une part, le trouble anxieux est souvent accompagné d'un trouble dépressif. Par exemple, un taux élevé de dépression majeure était noté chez les personnes qui présentaient un trouble d'anxiété généralisée (29 %) ou un trouble de la panique (37 %); dans 78 % des cas, l'apparition des troubles anxieux précédait celle de troubles dépressifs. D'autre part, le trouble de dépression est souvent accompagné d'un trouble d'anxiété; plus de la moitié des personnes ayant un trouble dépressif majeur depuis plus de 12 mois avaient aussi un trouble anxieux comorbide. La phobie sociale est d'ailleurs le trouble comorbide le plus fréquemment associé à la dépression [8; 29]. Cette présence simultanée de

dépression et d'anxiété, que ce soit au seuil ou sous le seuil clinique, cause encore plus d'incapacités et de détresse dans la vie quotidienne, tel que noté dans la revue de littérature de van der Aa et al. (2013).

## ➤ **Les instruments d'évaluation de l'anxiété**

Plusieurs instruments permettent de mesurer l'anxiété. Cette section présente ceux utilisés dans les études en déficience visuelle, ainsi que certains autres traduits en français ou développés spécifiquement en lien avec la déficience visuelle.

- ***Hospital Anxiety and Depression Scale***

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), développée par Zigmond et Snaith (1983), est une échelle auto-administrée de 14 items. Elle a été conçue à l'origine pour évaluer et dépister des cas potentiels d'anxiété et de dépression chez des personnes présentant un trouble physique, dans des établissements de santé de première ligne. Une de ses caractéristiques est qu'elle ne contient aucun item somatique pouvant être confondu avec les manifestations symptomatiques d'une maladie (ex. : étourdissements, maux de tête, etc.) [67]. Elle compte parmi les échelles les plus utilisées au monde [5].

L'HADS peut être complétée par l'utilisateur en 5 minutes environ. Aucun entraînement spécifique n'est requis pour le calcul des résultats ni pour leur interprétation.

L'HADS explore de façon distincte les symptômes anxieux et dépressifs; 7 items permettent de mesurer la dépression (HADS-D) et 7 autres, l'anxiété (HADS-A). Chaque item est coté sur une échelle de 0 à 3; le score total de chaque sous-échelle varie entre 0 et 21. Un score plus élevé indique une plus grande probabilité de présenter un trouble dépressif ou anxieux.

Des plages de cotes limites ont été déterminées par les auteurs afin de permettre de distinguer :

- les non-cas ou ceux asymptomatiques (score  $\leq 7$ );
- les cas douteux (probables), limites ou possiblement symptomatiques (score 8-10);
- les cas définitivement ou cliniquement symptomatiques (score  $\geq 11$ ).

Cette cote limite  $\geq 8$  pour repérer les cas limites ou définitivement symptomatiques a été établie tant pour la sous-échelle sur l'anxiété (HADS-A) que pour celle sur les aspects dépressifs (HADS-D) afin d'obtenir un équilibre optimal entre leur sensibilité et leur spécificité, lesquelles sont chacune de 80 % [5]. La sensibilité du HADS-A correspond à sa capacité à détecter comme étant anxieux tous les individus effectivement anxieux selon la mesure étalon, la *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, ou SCID-DSM-IV. Donc, 80 % des individus effectivement anxieux sont repérés par l'HADS-A; ceci implique également que 20 % des individus qui ont un trouble anxieux ne sont pas repérés. Quant à la spécificité de l'instrument, il s'agit de sa capacité à détecter comme étant normaux tous les individus effectivement normaux. Donc, l'HADS-A permet de classer comme normaux 80 % des individus qui ne présentent pas de trouble d'anxiété selon la SCID-DSM-IV; de ce fait, 20 % des individus normaux sont faussement identifiés par le test comme ayant un trouble anxieux.

Quoique Zigmond et Snaith (1983) aient établi les plages de cotes limites susmentionnées, la littérature fait état d'une variabilité inter études assez large. Cette variabilité peut être expliquée par des différences sur le plan des tailles des échantillons, des populations étudiées, des standards de comparaison, de la langue, de la version utilisée, etc. [47].

Les propriétés métriques de l'HADS ont été largement étudiées par plusieurs chercheurs et dans une diversité de pays, langues et clientèles [5]. Cet instrument permet de bien évaluer la sévérité des symptômes et les cas de troubles de dépression et d'anxiété dans la population en général, ainsi que chez les patients vus dans un établissement de première ligne ou qui présentent des problèmes somatiques ou psychiatriques. Il permet de bien discriminer les cas potentiels d'anxiété et de dépression (validité discriminante). Par ailleurs, sa cohérence interne, qui permet de déterminer à quel point l'instrument est formé d'items étroitement liés, varie entre 0,68 et 0,93 selon les études (moyenne 0,83, donc satisfaisante).

L'HADS-A a été utilisé dans la plupart des études en déficience visuelle recensées dans le présent document. Yokoi et al. (2013) l'ont utilisé auprès de sujets ayant une myopie pathologique; sa sensibilité et sa spécificité étaient alors respectivement de 72 % et 96 %. Les auteurs ont noté que l'item « *I get sudden feelings of panic* » a permis d'identifier à lui seul 45 % des patients qui avaient effectivement un trouble anxieux selon la SCID-DSM. Combiné avec l'item « *I can sit at ease and feel relaxed* », il a permis de repérer près de 72 % de ceux qui avaient un trouble anxieux [65].

#### - *Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier*

Savard et al. (1998) ont produit une version canadienne-française de l'HADS, intitulée *Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier* ou ÉHAD. Ils en ont mesuré les propriétés métriques auprès d'une population séropositive [50]. Plus tard, Roberge et al. (2013) ont évalué ses propriétés métriques auprès d'une population de 14 833 adultes, parmi lesquels 3 382 présentaient un risque élevé de trouble mental. Leurs résultats montrent que la cohérence interne de l'ÉHAD-A est satisfaisante ( $\alpha$  Cronbach = 0,82) [47]. Afin de bien identifier les patients qui ont un trouble anxieux, ces auteurs ont établi une cote limite  $\geq 10$  pour l'échelle ÉHAD-A, au lieu de celle  $\geq 8$  habituellement recommandée pour l'HADS-A. Cette cote  $\geq 10$  entraîne une moins bonne sensibilité (66 %), mais favorise une meilleure spécificité (73 %) [47].

L'*Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier* est retrouvable entre autres dans le mémoire de maîtrise de Lévesque (2001) [31].

#### • ***Beck Anxiety Inventory***

Le *Beck Anxiety Inventory* (BAI) permet d'évaluer des symptômes d'anxiété distincts de ceux de la dépression [2]. Comprenant 21 items, il est rapide à administrer. Le sujet cote l'intensité des symptômes qu'il a ressentis au cours des 7 derniers jours, sur une échelle de 0 à 3. Le BAI couvre les symptômes majeurs de l'anxiété sur les plans cognitif, affectif et physiologique. Il présente de bonnes propriétés métriques, notamment sur le plan de la cohérence interne ( $\alpha$  Cronbach = 0,92), de la capacité discriminante entre les groupes diagnostic et non-diagnostic et de la fidélité test-retest sur 1 semaine ( $r = 0,75$ ; la fidélité test-retest permet de vérifier si la

répétition d'une même mesure donne les mêmes résultats sur un même individu dont la condition est stable, dans les mêmes conditions expérimentales) [2].

- *Inventaire d'anxiété de Beck*

Le BAI a été traduit en français au Québec (*Inventaire d'anxiété de Beck*). Une étude confirme son intelligibilité. Il possède une fidélité test-retest modérée ( $r = 0,63$ ) et une bonne cohérence interne ( $\alpha$  Cronbach = 0,85). Quoique des normes ne soient pas disponibles, les scores obtenus auprès des 332 sujets étudiants et des 474 sujets non cliniques sont disponibles, ainsi que les percentiles pour ces deux groupes [13].

- **General Health Questionnaire**

Le *General Health Questionnaire* (GHQ) est un questionnaire auto-administré de 60 questions qui permet de dépister la détresse psychologique [17]. Le sujet répond sur une échelle Likert de 0 à 3, où 0 correspond à l'absence de problème de santé mentale. Une version abrégée de 28 items a été développée; elle comprend quatre sous-échelles dont une sur l'anxiété (anxiété et insomnie; symptômes somatiques; dysfonctionnement social; dépression sévère). La durée d'administration est d'environ 5-10 minutes. Une version de 12 items est également disponible.

Le GHQ possède apparemment de bonnes propriétés métriques (validité, fidélité, spécificité et sensibilité), que ce soit pour la version longue ou courte [30].

- GHQ-28 version française

Langevin et al. (2011) rapportent que le GHQ-28 a été traduit et validé en français en Europe, par Pariente et al., par De Montmarin et al., ainsi que par Bolognini et al. (1989). La version française du GHQ-28 affiche une sensibilité de 59 % et une spécificité de 87 %.

Une des limites du GHQ serait liée au fait qu'il ne donne aucune information de base sur l'état de santé du sujet. Il permet seulement de savoir s'il se sent mieux ou plus mal que d'habitude au moment de la passation du questionnaire. Il permet donc de détecter une aggravation de la situation, mais pas les troubles de longue durée [30].

- **Questionnaire Tarragona of Anxiety for the Blind**

Le *Questionnaire Tarragona of Anxiety for the Blind* est un questionnaire de 35 items développé en Espagne par Pallero et Ferrando (2008). Il comprend deux facteurs : l'anxiété physiologique et l'anxiété cognitive. Le score permet de choisir entre deux groupes principaux d'interventions thérapeutiques destinées à réduire l'anxiété chez les personnes ayant une perte visuelle.

Le *Questionnaire Tarragona of Anxiety for the Blind* est valide autant auprès des personnes avec basse vision que celles avec perte visuelle totale [44]. Il n'a toutefois pas été traduit en français.

- **Overall anxiety severity and impairment scale**

L'*Overall anxiety severity and impairment scale* (OASIS) permet d'évaluer le degré de sévérité de l'anxiété et le degré d'incapacité qu'elle génère, peu importe le type d'anxiété et le fait d'avoir

ou non plusieurs troubles anxieux [40]. Cette échelle présente apparemment de bonnes propriétés métriques (validité, cohérence interne et fidélité test-retest 1 mois). Elle est composée de 5 questions sur la fréquence et l'intensité de l'anxiété ressentie au cours de la dernière semaine ainsi que sur ses conséquences (comportements d'évitement; interférence avec les habiletés fonctionnelles et la vie sociale et relationnelle). La personne répond sur une échelle de 5 points. Cet instrument permet de discriminer les personnes qui ont un trouble anxieux tel qu'évalué par la SID-DSM-IV, avec une sensibilité de 69 % et une spécificité de 74 %. À ce jour, il ne semble toutefois pas avoir été traduit en français.

### ➤ **Le degré et la prévalence de l'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle**

Le taux d'anxiété chez les personnes avec DV est élevé. Par exemple, dans une étude allemande, 30 % des personnes vues au service de basse vision d'une clinique d'ophtalmologie présentaient une anxiété probable ou clinique (HADS-A  $\geq 8$ ) [46]. Dans une autre étude européenne, 30 % des 336 patients ayant une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) néovasculaire rencontraient les critères d'une anxiété clinique (HADS-A  $\geq 11$ ) [1].

Certaines études se sont penchées particulièrement sur le cas des personnes ayant un glaucome. En effet, les glaucomes peuvent être potentiellement graves et évoluer vers la cécité. L'annonce de ce diagnostic visuel est en soi un événement anxigène, comme le montre une étude d'Hamelin et al. (2002), où 44 % des patients ont montré une réaction d'anxiété à l'annonce de leur diagnostic de glaucome primitif à angle ouvert (GPAO). L'anxiété a été à l'origine de prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs dans 11 % des cas, au cours des semaines ou des mois suivant le diagnostic. Une large proportion des sujets craignait de développer une cécité (80 %) et que leur état visuel puisse possiblement avoir des répercussions sur leur avenir (35 %). Les résultats de Janz et al. (2007) abondent dans le même sens. Après avoir reçu leur diagnostic de GPAO, 34 % des 607 patients ressentaient une peur modérée ou plus intense de devenir possiblement aveugle [26]. Cette peur était d'autant plus prononcée que les sujets étaient jeunes, avaient un faible niveau d'éducation ou un revenu faible. Quant à l'étude chinoise de Zhou et al. (2013), effectuée auprès de personnes qui avaient un diagnostic de glaucome depuis au moins 6 mois, la prévalence d'anxiété clinique était de 23 % (HADS-A  $\geq 11$ ) [66]. De même, les personnes plus jeunes, celles de sexe féminin et celles ayant un fardeau économique modéré ou élevé étaient plus susceptibles d'être cliniquement anxieuses.

Plusieurs études montrent que comparativement à la population sans déficience visuelle, celle avec DV est deux fois plus nombreuse à présenter des symptômes d'anxiété clinique. L'étude de Kempen et Zijlstra (2013) en est un exemple : 15 % des aînés ayant une perte visuelle présentaient des symptômes cliniques d'anxiété à l'HADS-A, ce qui représentait au moins le double de la population de référence [28]. Deux autres études, effectuées auprès de personnes ayant un GPAO, abondent dans le même sens. Dans Mabuchi et al. (2008), 13 % des sujets avec GPAO, contre 7 % sans, présentaient des symptômes cliniques d'anxiété (HADS-A  $\geq 11$ ). Dans Tastan et al. (2010), ces taux étaient respectivement de 14 % et 3 % [33]. Dans cette dernière étude, en incluant les sujets ayant une anxiété probable (score 8-10), les prévalences

grimpe à 40 % et 23 % respectivement. Les femmes étaient 7,5 fois plus à risque que les hommes [57].

Chez les personnes ayant une myopie pathologique, le taux d'anxiété est également deux fois plus élevé que celui de la population en général. Dans l'étude japonaise de Yokoi et al. (2013), 26 % des 205 cas, contre 13 % pour les sujets contrôle, présentaient des symptômes indiquant un trouble anxieux probable ou clinique (HADS-A  $\geq$  8) [65].

Il est donc clair que le taux d'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle est élevé. Or, les troubles anxieux, même sous le seuil pathologique, réduisent leur qualité de vie et leurs capacités à gérer les activités quotidiennes [57; 63; 65]. L'anxiété peut également nuire à la réadaptation, par exemple en diminuant les capacités à apprendre de nouvelles tâches, à gérer l'information et à atteindre certains buts [63].

### ➤ **Les sources d'anxiété et les difficultés d'ajustement face à la perte visuelle**

La perte de la vision est un événement traumatisant et déséquilibrant en soi. Les ressources que l'individu utilisait dans son quotidien, tandis qu'il n'avait pas de DV, peuvent devenir insuffisantes ou ne plus s'avérer valides [44]. Par exemple, chez la personne encore active au travail, il est fréquent que l'événement de la perte visuelle soit vécu de façon traumatisante et entraîne une diminution de sa confiance en soi et de son sentiment de compétence. Les préoccupations et l'anxiété face au futur, en lien avec l'emploi et l'indépendance financière, sont le lot de plusieurs [27; 56; 58]. Entre autres, le nombre de personnes dépendantes ou à charge (ex. : enfants) est une source de préoccupations qui augmente la sévérité et la durée de la phase d'ajustement [58]. L'anxiété est d'autant plus présente que la personne est jeune, de sexe féminin ou doit composer avec un fardeau économique modéré ou élevé [66]. Par contre, plus elle est âgée, plus difficile est son ajustement ou son accommodation au traumatisme inhérent à la cécité. Apprendre de nouveaux comportements d'ajustement peut être décourageant et déprimant, particulièrement pour l'individu dont les comportements sont normalement rigides et inflexibles [58].

La cécité peut entraîner des niveaux significativement plus élevés d'anxiété et d'anxiété phobique, incluant la peur des espaces ouverts ou des rues, de voyager en autobus ou en train, des foules et d'être laissé seul [10]. En fait, selon les auteurs cités par Tuttle et Tuttle (2004), le niveau d'anxiété de la personne aveugle augmente lorsqu'elle se retrouve dans un environnement où elle n'est pas en contrôle, comme dans un endroit bruyant qui masque les indices auditifs. L'énergie mentale devient davantage absorbée par la résolution de problèmes, ce qui augmente le niveau d'anxiété en raison de l'anticipation de situations nouvelles ou différentes.

Le sentiment d'être surprotégé peut également constituer une source d'anxiété. En soi, la perception d'un support social positif est bénéfique pour le bien-être; elle promeut l'ajustement aux événements stressants de la vie. Toutefois, il en est autrement en ce qui concerne la perception d'une surprotection, donc d'être trop protégé du stress, non traité comme un adulte, aidé plus qu'il ne le faut et rendu dépendant. Cimarolli (2006) s'est penchée sur cette question.

Elle a effectué une étude auprès de 11 adultes présentant une DV, en attente de leur admission à des services de réadaptation visuelle. Leur perception de surprotection prédisait de façon significative leurs symptômes d'anxiété (*Beck Anxiety Inventory*). Par ailleurs, plus élevé était le niveau d'anxiété, plus élevée était également la perception : du niveau de surprotection; du nombre de problèmes de santé; d'une moins bonne santé; du niveau d'incapacités fonctionnelles (*Activity Restriction Scale*); d'un degré moindre de soutien provenant de la famille ou des amis [9].

- **L'influence de la sévérité et de la stabilité de la perte visuelle**

La perte visuelle amène l'individu à vivre un processus d'ajustement qui implique diverses phases; dans certains cas, cela peut être difficile et par conséquent engendrer des degrés élevés d'anxiété [58]. Ce processus passe entre autres par la reconnaissance des capacités et des limitations, la reconsidération des buts et des valeurs ainsi que l'apprentissage de la gestion de la demande de l'environnement physique et social. Ceci implique un processus d'adaptation et de réadaptation, pour aboutir finalement vers le développement de comportements d'ajustement adéquats [18; 58]. À mesure que ces comportements deviennent mieux établis, la frustration et l'anxiété, en lien avec les habiletés à gérer les diverses situations de la vie, sont généralement réduites. Ce processus d'ajustement est dynamique et fluide; l'individu y cheminera à nouveau, de façon plus ou moins intense selon la situation, chaque fois qu'il découvrira d'autres conséquences inhérentes à sa perte visuelle et qu'il devra se départir d'anciens comportements et en apprendre de nouveaux (ex. : nouvel environnement physique ou social) [58].

L'instabilité de la vision, indépendamment de la sévérité de la perte visuelle, influence le processus d'ajustement puisqu'elle génère de l'incertitude, notamment en lien avec les capacités futures, et qu'elle s'accompagne fréquemment d'anxiété et de peurs [4; 58]. C'est d'ailleurs cette tendance qu'ont noté Bernbaum et al. (1988) dans une étude effectuée auprès de sujets ayant une rétinopathie diabétique. Ceux dont la vision était fluctuante ressentaient davantage d'anxiété que ceux ayant une DV stable ou même une cécité. L'impact psychologique de la perte de vision était amplifié par la perte des capacités d'autogestion du diabète. Les auteurs mentionnent que la plupart des sujets n'avaient pas encore entrepris de programme de réadaptation au cours duquel ils auraient pu recevoir du soutien et apprendre à compenser leur déficience visuelle.

Par ailleurs, selon la revue de littérature de Leo et al. (1999), les personnes qui ont une perte visuelle partielle, comparativement à totale, montrent en moyenne une présence plus marquée d'humeur dépressive, d'hostilité et de colère, de même qu'un ajustement plus difficile. En fait, elles se retrouvent souvent dans un état de transition. D'un côté, elles ont tendance à rejeter ou à être incapables de profiter des comportements et des habiletés d'accommodation qui symbolisent la perte visuelle ou le fait d'être « aveugle ». D'un autre côté, en parallèle, elles sont incapables de fonctionner de façon totalement indépendante, sans accommodation de base. Cet état de chose ambigu résulte en un concept de soi pauvrement défini et en des situations sociales parfois inconfortables. Par contre, les individus qui ont une perte visuelle sévère ou une cécité sont confrontés à une réalité indéniable et irréfutable, qui demande de l'accommodation.

Ceci les force probablement à accepter leur nouveau rôle social et à les rendre plus réceptifs aux services de réadaptation, lesquels favorisent un meilleur ajustement social [11; 58].

Même si, tel que susmentionné, l'ajustement semble plus difficile pour les personnes qui ont une perte visuelle partielle, il n'existe pas de relation apparente entre la sévérité de la perte visuelle et celle de l'anxiété ainsi que de sa prévalence [1; 32; 66], contrairement à la dépression qui l'est de façon quasi linéaire [1]. L'anxiété est plutôt liée à la perception et à l'expérience subjective, et non aux mesures objectives [66]. Par exemple, le degré de tolérance de la personne envers sa perte visuelle, ainsi que sa perception du degré d'interférence sur l'accomplissement de ses activités quotidiennes, ont beaucoup plus d'influence sur sa détresse psychologique que ne l'a son acuité visuelle [12]. Sa qualité de vie est davantage réduite par son anxiété que par son acuité visuelle [65]. Conséquemment, une prévalence élevée d'anxiété peut exister chez les individus qui semblent bien fonctionner sur le plan des mesures visuelles objectives, mais qui expérimentent des limitations dans leurs activités quotidiennes [66].

Par ailleurs, le temps écoulé depuis la perte visuelle semble avoir un impact positif sur le niveau d'anxiété. Par exemple, Bernbaum et coll. (1988) ont noté que les personnes qui avaient une perte visuelle depuis en moyenne 5 ans ressentait moins d'anxiété que celles dont la DV était plus récente (1 an). Dans Bergeron et Wanet-Defalque (2013), les personnes dont la DV datait depuis plus de 2 ans avaient un niveau d'acceptation plus élevé et un niveau de déni plus faible que celles dont la perte visuelle était plus récente [3].

- **L'impact du Syndrome de Charles-Bonnet**

Le syndrome Charles-Bonnet (SCB), associé à la déficience visuelle, peut provoquer de l'anxiété, mais pour des raisons différentes de celles évoquées précédemment. Selon les auteurs cités par Gilmour et al. (2009), le SCB se définit par la présence d'hallucinations visuelles complexes ou simples, chez une personne psychologiquement normale, qui ne peuvent pas être expliquées par un trouble psychiatrique. Selon les sources, sa prévalence chez les personnes avec DV est estimée entre 10 et 15 %, et plus rarement entre 30 et 50 % [15]. Les hallucinations peuvent être transitoires, comme l'ont montré Jackson & Basset (2010), qui ont suivi 225 patients consécutifs sur une période d'un an. Parmi ceux-ci, 35 % ont rapporté voir des hallucinations durant leur visite initiale tandis qu'au bout d'un an, 28 % n'en expérimentaient plus. À l'opposé, parmi ceux qui ne voyaient pas d'hallucinations 1 an plus tôt, 24 % en rapportaient maintenant. L'apparition ou la disparition des hallucinations n'était pas corrélée aux changements des paramètres visuels tels que l'acuité visuelle ou la sensibilité au contraste [25].

Même si elles sont souvent de type agréable, les hallucinations peuvent soulever peur et crainte et causer de la détresse psychologique [35; 64]. Selon la revue de littérature de Guecke et al. (2012), l'angoisse engendrée peut être due à leur nature intrusive et dérangement, à leurs caractéristiques qui peuvent être parfois effrayantes ou dérangement, au manque de connaissances ou de compréhension sur l'origine du phénomène et à la crainte que ce soit associé à une instabilité mentale [14]. Par exemple, seuls 15 % des sujets de l'étude de Scott et al. (2001) avaient informé leur médecin de leurs hallucinations, tandis que les autres ne l'avaient pas fait par crainte de ne pas être crus ou d'être considérés comme étant fous. Dans l'étude de

Menon (2005), 63 % des 30 individus ayant un SCB avaient peur d'être étiquetés comme étant séniles s'ils admettaient avoir des hallucinations; 33 % avaient peur de ne pas être sains d'esprit; 57 % ont exprimé des préoccupations; 23 % avaient fait l'expérience d'images dérangeantes ou effrayantes. Par ailleurs, selon la revue de littérature de Menon et al. (2003), le quart des personnes qui ont un SCB manifestent de la colère, de l'anxiété ou une paranoïa légère en réponse aux images [36].

Fait à noter, le degré de sévérité de la déficience visuelle n'est pas associé à la détresse émotionnelle engendrée par le SCB puisque même les personnes qui ont une DV légère ont tendance à avoir un niveau de détresse émotionnelle élevé [52].

Il est donc évident que la présence d'un SCB peut entraîner de l'anxiété. Dans l'étude de Geueke et al. (2012), non seulement les individus qui avaient ce syndrome ont montré des degrés d'anxiété supérieurs à ceux sans SCB, mais ils étaient aussi quatre fois plus nombreux à être traités de façon pharmacologique (36 % vs 9 %).

Il est à noter que la majorité des personnes qui ont un syndrome de Charles-Bonnet, et qui s'inquiètent de leur état, trouvent du réconfort lorsqu'un professionnel leur explique l'origine de leurs hallucinations et leur explique que dans leurs cas, ce syndrome n'est pas associé à une pathologie psychiatrique [35]. Par contre, peu de patients accèdent à ce niveau de réconfort, comme tend à le démontrer l'étude canadienne de Gilmour et al. (2009), où la plupart des usagers n'ont pas cherché d'explication auprès d'un médecin (79/87) et que ceux qui l'ont fait jugent qu'ils n'ont pas reçu d'explication adéquate.

## ➤ **Le traitement des troubles d'anxiété**

Il est primordial de traiter les symptômes d'anxiété le plus tôt possible, car ce sont les prédicteurs les plus importants de troubles plus graves d'anxiété. Par ailleurs, afin de réduire le fardeau de l'incapacité causée par l'anxiété, la prévention peut s'avérer une option prometteuse.

La littérature sur le traitement de l'anxiété vécue par les personnes ayant une déficience visuelle est à peu près inexistante. En fait, un seul article a été recensé à ce sujet; on y présente le protocole expérimental de van der Aa et al. (2013), basé sur le modèle des soins en étapes. Quoique les résultats de cette étude ne soient pas encore disponibles, la présente section est consacrée à cette approche, laquelle semblerait prometteuse pour le traitement des troubles anxieux ou dépressifs [7; 53]. En premier lieu, les concepts du modèle de soins en étapes sont expliqués. Puis, les quelques études qui se sont penchées sur son efficacité pour traiter ou prévenir l'anxiété sont présentées, de même que le protocole de van der Aa et al.

### • **Le modèle de soins en étapes**

Selon plusieurs auteurs, le modèle de soins en étapes apparaît comme une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux ou dépressifs [7; 53]. Les interventions sont hiérarchisées en fonction des besoins de l'utilisateur. Les moins complexes sont offertes en premier lieu, suite à l'évaluation de l'état et des besoins de la personne. Après évaluation, si cette étape ne mène pas à l'amélioration souhaitée, on passe à la suivante, qui consiste en une intervention plus complexe, intensive et dispendieuse. Les principes de base sont que 1) le

degré d'interventions est individualisé et varie d'un individu à l'autre et 2) la réponse aux interventions doit être évaluée de façon continue et systématique afin de bien identifier le degré de soins adéquats et d'ajuster rapidement le plan d'intervention lorsque nécessaire. La prémisse est à l'effet que la progression du degré des interventions, en fonction de la réponse au traitement, permettrait d'améliorer leur efficacité tout en diminuant les coûts associés [7]. Il est également espéré que ce modèle permette, entre autres, d'améliorer l'accès aux ressources spécialisées et d'augmenter la satisfaction des usagers en adaptant le niveau des interventions en fonction de leur profil clinique et de leurs besoins. Des travaux de recherche demeurent toutefois nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de ce modèle sur les plans clinique et coût/efficacité.

Le modèle de soins en étapes le plus fréquemment cité est celui du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) [39]. Celui pour le trouble d'anxiété généralisée comprend quatre étapes, offertes par des intervenants entraînés:

1. *Reconnaissance et diagnostic du trouble d'anxiété*

Cette étape est basée sur le principe que les symptômes de dépression et/ou d'anxiété peuvent s'améliorer spontanément durant cette période [61]. Elle comprend :

- a. La surveillance active.
- b. L'éducation sur le trouble d'anxiété généralisé et sur les options de traitements.

2. *Interventions de faible intensité*

Il s'agit d'approches basées sur les principes de thérapie cognitive comportementale, soit l'autogestion de l'anxiété (bibliothérapie), avec ou sans soutien, ou le groupe de psychoéducation, selon la préférence de la personne

- a. *L'autogestion de l'anxiété (bibliothérapie)* – Objectif : aider la personne à comprendre ses problèmes psychologiques et à les surmonter en changeant son comportement. Utilisation de matériel écrit, sur support papier ou électronique, incluant les instructions nécessaires pour que la personne puisse évoluer systématiquement à travers le matériel, de façon autonome, durant 6 semaines. Peut être offert avec ou sans soutien de la part d'un intervenant.
  - i. Sans soutien – Contacts téléphoniques courts et occasionnels, habituellement d'une durée inférieure à 5 minutes.
  - ii. Avec soutien – Soutien téléphonique hebdomadaire de 20-30 minutes afin de faciliter la progression à travers le cours d'autogestion, en révisant par exemple les progrès et les résultats.
- b. *Le groupe de psychoéducation* – Inclut des présentations et des manuels d'autogestion. Encourage les interactions et l'apprentissage par observation. Habituellement 6 sessions hebdomadaires de 2 heures.

3. *Interventions psychologiques de haute intensité ou pharmacothérapie*

Les interventions psychologiques de haute intensité consistent principalement en des thérapies cognitives comportementales (TCC) ou de relaxation appliquée (environ 12-15 sessions hebdomadaires de 1 heure). Une revue de littérature de Otte (2011), sur le traitement des troubles anxieux chez les adultes, démontre l'efficacité et l'efficience de la TCC autant dans les études contrôlées randomisées que celles en

conditions naturelles [43]. La TCC consiste principalement à informer la personne sur les types d'inquiétudes et les facteurs qui pourraient expliquer son trouble; à développer sa tolérance à l'incertitude; à l'aider à s'orienter vers ses problèmes et résoudre ceux-ci plus efficacement; à développer ses habiletés de gestion de ses réactions anxieuses excessives (ex. : relaxation); à corriger ses croyances irréalistes par rapport à ses inquiétudes, en y ajoutant de l'information et en la questionnant; et à diminuer son anxiété et l'évitement cognitif face à ses inquiétudes [22]. Lorsque les inquiétudes sont centrées sur des problèmes réels et actuels, il est possible d'utiliser une technique de résolution de problème. Celle-ci comprend sept étapes principales: définir le problème; établir des buts réalistes pour adresser le problème; générer plusieurs alternatives de solutions; évaluer les avantages et désavantages de chacune de ces solutions; choisir la solution préférable; identifier les étapes spécifiques nécessaires pour mener à bien la solution; après essai de la solution, évaluer les résultats et modifier la solution ou en appliquer une autre au besoin [22; 63].

4. *Référence vers des spécialistes en santé mentale* si deux types d'interventions ont été offerts (n'importe quelle combinaison de thérapie psychologique, médication ou bibliothérapie) et que la personne présente encore des symptômes significatifs.

Un des principes de base du modèle du NICE est que tout au long du processus, les décisions devraient être prises conjointement par l'individu et le professionnel de la santé, autant dans la phase diagnostic que dans celles de soins. L'utilisateur devrait être toujours informé de la nature de son trouble, des types de traitement disponibles et des effets secondaires possibles lorsqu'il y a lieu (ex. : médicaments).

Selon le NICE, lorsque la dépression est accompagnée de *symptômes* d'anxiété, la priorité est habituellement de traiter la dépression. Par contre, si la personne présente un *trouble* d'anxiété et une dépression ou des symptômes de dépression, il est alors indiqué de traiter l'anxiété en premier étant donné que souvent, cela contribue à améliorer la dépression ou les symptômes dépressifs [38].

- **L'efficacité du modèle de soins en étapes pour traiter ou prévenir l'anxiété**

Jusqu'à présent, seules quelques études hollandaises ont permis de comparer l'efficacité des soins en étapes avec celle des interventions régulières, auprès de personnes présentant des symptômes ou un trouble diagnostiqué d'anxiété.

- *Étude 1 : Adultes de 18-65 ans avec troubles mineurs ou majeurs d'anxiété*

La première étude, randomisée et réalisée auprès de 120 adultes de 18-65 ans, est celle de Seekles et al. (2009, 2011a, 2011b). Les sujets présentaient des troubles anxieux mineurs (HADS-A  $\geq 12$  et auto-perception du dysfonctionnement dans la vie quotidienne selon le *Work and Social Adjustment Scale*) ou majeurs (DSM-IV) [53-55]. Des 120 sujets, 100 présentaient des symptômes d'anxiété clinique, parmi lesquels 53 avaient aussi une dépression. Le programme de soins en étapes comprenait : **1.** Surveillance active; **2.** Autogestion de l'anxiété basée sur les principes de résolution de problèmes, avec ou sans soutien, ou thérapie par

exposition si présence de phobies, avec soutien; **3.** Thérapie cognitive comportementale brève basée sur la résolution de problèmes; **4.** Pharmacothérapie et/ou référence à des soins spécialisés en santé mentale. Les symptômes d'anxiété et de dépression étaient évalués aux 8 semaines dans les deux groupes

Chez les individus ayant uniquement un trouble anxieux, l'autogestion (étape 2) a entraîné une réduction significativement plus marquée des symptômes d'anxiété chez le groupe expérimental que chez le groupe recevant des soins réguliers. Par contre, chez ceux qui présentaient une comorbidité de dépression, aucune amélioration significative de l'anxiété n'a été enregistrée au terme de cette étape, ni chez ceux recevant des soins réguliers durant cette période de temps [54].

À l'issue des quatre étapes, de façon globale, les symptômes d'anxiété ont diminué de façon significative dans les deux groupes, sans qu'il n'y ait de différence significative entre ceux-ci [55]. Les soins en étapes n'ont donc pas été supérieurs aux interventions régulières chez ces adultes présentant des troubles majeurs ou mineurs d'anxiété. Selon les auteurs, des facteurs d'ordre méthodologiques pourraient expliquer ces résultats. Par exemple, dans les soins en étapes, le recrutement par dépistage serait peut-être moins efficace que celui par référence; les personnes présentant des symptômes légers pourraient avoir été moins motivées à participer aux traitements et de ce fait, avoir démontré moins d'amélioration; l'adhérence a été faible, 63 % des sujets ayant quitté en cours de programme [55]. Le taux d'abandon le plus élevé a été enregistré lors de l'étape d'autogestion, particulièrement chez les sujets qui ne désiraient pas recevoir de rétroaction de la part d'un intervenant. Or, des études citées par Seekles et al. montrent que l'autogestion sans soutien n'est pas efficace. Selon ces auteurs, afin d'augmenter le taux d'adhérence à cette étape, un soutien de la part d'un intervenant devrait être envisagé.

#### - *Étude 2 : Aînés de 75 ans et plus avec signes d'anxiété*

La seconde étude, également randomisée, est celle de van't Veer-Tazelaar et al. (2009, 2010, 2011). À la différence de celle de Seekles et al., elle a été réalisée auprès d'une population plus âgée (170 aînés de 75 ans et plus démontrant des signes d'anxiété ou de dépression, sans toutefois répondre aux critères diagnostics) et n'a pas utilisé les mêmes instruments de mesure. Leurs résultats sont donc difficilement comparables.

Cette étude a conclu à la supériorité de l'efficacité des soins en étapes pour la prévention de troubles de dépression ou d'anxiété majeurs chez cette population, comparativement aux soins réguliers. Le programme comprenait les mêmes étapes que celui de Seekles et al. (trois mois chacune), sauf la thérapie par exposition; le matériel écrit était adapté aux personnes aînées. Les signes d'anxiété ou de dépression étaient évalués à l'aide du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D); les troubles majeurs d'anxiété ou de dépression étaient diagnostiqués avec le *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Dans le cas où l'utilisateur présentait encore des signes d'anxiété ou de dépression, l'étape suivante était amorcée [60-62].

Les retraits et les abandons ont été significativement plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle (24/86 vs 8/84, dont certains dus à des décès); ils étaient toutefois moins élevés que dans l'étude de Seekles et al. [61]. Au bout d'un an, l'incidence des troubles anxieux ou dépressifs des sujets du groupe expérimental était de 12 % contre 24 % pour le

groupe contrôle [61]. En ne considérant que les cas d'anxiété, cette proportion de 1:2 demeure. Comparativement aux soins réguliers, l'intervention en étapes a donc permis de réduire de moitié l'incidence de ces troubles. Même au bout de 2 ans, l'incidence des troubles majeurs de dépression et d'anxiété est demeurée deux fois moins élevée dans le groupe de soins en étapes (20 %) que dans celui des soins réguliers (39 %) [62].

Si les soins en étapes ont permis de réduire l'incidence des troubles anxieux, leurs coûts étaient toutefois plus élevés, avec une différence moyenne de 532 Euros [60]. Ceux-ci comprenaient les coûts médicaux directs et indirects (ex. : ressources professionnelles); les médicaments; les coûts directs (ex. : déplacements) et indirects (ex. : temps de loisir perdu) défrayés par le participant et par ses proches aidants.

- **Le modèle de soins en étapes pour prévenir l'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle**

Une recherche de van der Aa et al. (2013) est actuellement en cours, laquelle vise à tester et à évaluer le rapport coût-efficacité d'un programme de soins en étapes chez des personnes de 50 ans et plus qui ont une DV et qui présentent des signes de dépression et/ou d'anxiété. Quoique les résultats ne soient présentement pas disponibles, les grandes lignes du programme expérimental sont ici présentées.

Le but du programme est de prévenir l'apparition de troubles majeurs de dépression et d'anxiété, et de réduire la sévérité et la durée des symptômes existants, chez des personnes de 50 ans et plus qui ont une DV et qui présentent des signes de dépression et/ou d'anxiété, sans toutefois rencontrer les critères diagnostic. Les étapes, d'une durée d'environ trois mois chacune, sont les suivantes :

1. *Surveillance*
2. *Autogestion de l'anxiété (bibliothérapie) avec soutien* – Matériel adapté en version papier avec caractères agrandis, Braille, audio ou numérique. Approche cognitive comportementale et de résolution de problème. Possibilité de deux rencontres en face-à-face avec un ergothérapeute entraîné qui guide l'utilisateur à travers le programme. Soutien téléphonique.
3. *Thérapie cognitive comportementale brève* – Basée sur la résolution de problèmes. Maximum de sept rencontres en face-à-face avec un travailleur social ou un psychologue entraîné. Un CD avec les différentes étapes de résolution de problèmes est remis à l'utilisateur comme aide-mémoire pour les pratiques entre les rencontres.
4. *Référence à un médecin généraliste* – Il en est de même si, au cours des étapes précédentes, un trouble d'anxiété ou de dépression est diagnostiqué.

Au cours du processus, l'utilisateur qui récupère entre alors dans une période d'observation. L'étape suivante est initiée si un accroissement du niveau d'anxiété est subséquemment mesuré (dans le cas de l'anxiété, score HADS-A  $\geq$  7).

## ➤ La réadaptation : son impact sur l'anxiété

Plusieurs études citées par van der Aa et al. (2013) ont montré que les symptômes de dépression chez les personnes ayant une déficience visuelle peuvent être réduits grâce à certaines interventions de réadaptation [20; 21], à des programmes d'autogestion [6; 16; 45] ou à des thérapies basées sur la résolution de problèmes [34; 48]. Toutefois, très rares sont celles qui se sont penchées sur les symptômes d'anxiété de façon distincte.

Deux recherches concluent ou tendent à montrer que la réadaptation peut aider à réduire le niveau d'anxiété. La plus récente, publiée en 2004, a été effectuée au Japon. Suite à un programme de réadaptation de 6 mois, les personnes ayant nouvellement une DV ont apparemment montré une réduction conséquente de leur niveau d'anxiété (*Manifest Anxiety Scale*) [59]. Étant donné que l'article est en japonais et que seul son résumé est disponible en anglais, il est impossible de faire état ici des niveaux d'anxiété initial et final des participants. Une autre étude a été menée par Bernbaum et al. (1988) auprès d'individus ayant une rétinopathie diabétique. Ces derniers, après avoir participé à un programme de réadaptation visuelle intensif de 12 semaines, ont montré une diminution significative de leur niveau d'anxiété, peu importe le niveau de stabilité ou le degré de sévérité de leur perte visuelle. Ceux dont la perte visuelle était fluctuante présentaient l'amélioration la plus marquée. Les auteurs concluent à l'importance des services de réadaptation et à leur précocité.

Une autre recherche, publiée en 2003, a été effectuée en Écosse. Un total de 71 personnes, la plupart avec DMLA, ont été interviewées 2 semaines avant et 6 mois après le programme interdisciplinaire de réadaptation en basse vision. Quoique l'anxiété n'ait pas été évaluée en soi, les résultats ont montré une réduction des préoccupations des participants en lien avec la détérioration de leur vision, leur sécurité à la maison et leur gestion de la vie quotidienne [19].

Finalement, une étude menée par Renieri et al. (2013) sur l'impact d'interventions en basse vision sur l'anxiété, n'est pas concluante. Toutefois, son approche thérapeutique était quelque peu différente de celles susmentionnées, en ce sens qu'elle était unidisciplinaire. Cette recherche, effectuée en Allemagne, avait pour objet d'évaluer l'impact des aides optiques sur la qualité de vie des personnes admises au service de basse vision d'un département d'ophtalmologie. Elles ont été interrogées avant de débiter leur programme de réadaptation puis après, en moyenne 19 semaines plus tard. Le programme consistait en une rencontre de 1 à 2 heures avec une orthoptiste qui recommandait des aides optiques, montrait comment les utiliser et donnait des conseils sur la gestion des activités quotidiennes. Parmi les sujets de cette étude, seuls 12 % n'avaient jamais utilisé d'aides optiques. Un total de 88 participants ont été interrogés avant le début du programme; 50 d'entre eux ont participé au suivi. À l'entrevue initiale, 30 % des participants avaient une anxiété clinique probable ou certaine ( $HADS \geq 8$ ). Après la réadaptation en basse vision, aucune amélioration significative de l'anxiété n'a été enregistrée, malgré le fait que les sujets aient rapporté, par des mesures subjectives, une amélioration significative de leur vision de près, de leur fonctionnement social et de leurs habiletés de lecture [46].

## ➤ Conclusion

Les évidences montrent que le taux d'anxiété limite ou clinique chez les personnes ayant une déficience visuelle est élevé, jusqu'à deux fois plus que celui de la population en général. Plusieurs facteurs peuvent y contribuer tels que la crainte de devenir aveugle ou que l'état visuel puisse possiblement avoir des répercussions sur l'avenir, l'emploi et l'indépendance financière, etc. Toutefois, selon certaines études, l'anxiété n'est pas liée au degré de sévérité de la perte visuelle. Elle le serait plutôt à la perception et à l'expérience subjective. Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles de présenter des troubles anxieux, de même que les personnes plus jeunes, ayant un niveau d'éducation ou un revenu plus faible.

Les troubles anxieux causent une souffrance psychologique et nuisent au fonctionnement de l'individu et à sa réadaptation. Il est crucial d'adresser leurs symptômes le plus tôt possible, car ils peuvent évoluer vers des troubles plus graves. La prévention et le traitement de l'anxiété passent par son dépistage. Plusieurs instruments ont été élaborés et testés à cet effet, et peuvent aider à dépister les cas limites ou cliniquement symptomatiques. Certains ont été traduits en français.

Les évidences scientifiques montrent que dans la population en général, la thérapie cognitive comportementale (TCC) est efficace et efficiente pour traiter l'anxiété. Le modèle de soins en étapes, qui intègre la TCC, apparaît par ailleurs comme une approche prometteuse pour le traitement ou la prévention des troubles anxieux. Par contre, de plus amples recherches sur son efficacité et sur son efficience demeurent nécessaires et on ne connaît pas non plus la contribution spécifique de chacun de ses éléments. Par ailleurs, une seule étude, actuellement en cours, s'est penchée sur les interventions visant à prévenir l'apparition de troubles majeurs de dépression et d'anxiété et à réduire la sévérité et la durée des symptômes chez les personnes avec DV. Le modèle de soins en étapes est à la base du programme expérimental étudié; ses résultats ne sont pas encore publiés.

Il est donc évident que de plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer les modalités les plus efficaces et efficientes de traitement ou de prévention de l'anxiété chez les personnes ayant une déficience visuelle. Par ailleurs, quelques études ont montré que la réadaptation peut contribuer à réduire leur anxiété; toutefois, on ne connaît pas quels aspects du programme de réadaptation sont essentiels à cet effet.

## ➤ Références

1. Augustin, A., Sahel, J.-A., Bandello, F., Dardennes, R., Maurel, F., Negrini, C., . . . the MICMAC Study Group. (2007). Anxiety and depression prevalence rates in age-related macular degeneration. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *48*(4), 1498-1503.
2. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
3. Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M.-C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *British Journal of Visual Impairment*, *31*(1), 20-31.
4. Bernbaum, M., Albert, S. G., & Duckro, P. N. (1988). Psychosocial profiles in patients with visual impairment due to diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, *11*(7), 551-557.
5. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69-77.
6. Brody, B. L., Gamst, A. C., Williams, R. A., Smith, A. R., Lau, P. W., Dolnak, D., . . . Brown, S. I. (2001). Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*, *108*(10), 1893-1900.
7. Brouillet, H., Roberge, P., Fournier, L., & Doré, I. (2009). Les soins en étapes, une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. *Quintessence*, *1*(1).
8. Cairney, J., Corna, L., Veldhuizen, S., Herrmann, N., & Streiner, D. (2008). Comorbid depression and anxiety in later life: patterns of association, subjective well-being, and impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(3), 201-208.
9. Cimarolli, V. R. (2006). Perceived overprotection and distress in adults with visual impairment. *Rehabilitation Psychology*, *51*(4), 338-345.
10. Cox, D. J., Kiernan, B. D., Schroeder, D. B., & Cowley, M. (1998). Psychosocial sequelae of visual loss in diabetes. *The Diabetes Educator*, *24*(4), 481-484.
11. De Leo, D., Hickey, P. A., Meneghel, G., & Cantor, C. H. (1999). Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*, *40*(4), 339-344.
12. Dreer, L. E., Elliott, T. R., Berry, J., Fletcher, D. C., Swanson, M., & McNeal, J. C. (2008). Cognitive appraisals, distress and disability among persons in low vision rehabilitation. *Br J Health Psychol*, *13*(03), 449-461.
13. Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*(20), 47-55.
14. Geueke, A., Morley, M. G., Morley, K., Lorch, A., Jackson, M., Lambrou, A., . . . Oteng-Amoako, A. (2012). Anxiety and Charles Bonnet Syndrome. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *106*(3), 145-153
15. Gilmour, G., Schreiber, C., & Ewing, C. (2009). An examination of the relationship between low vision and Charles Bonnet syndrome. *Canadian Journal of Ophthalmology / Journal Canadien d'Ophtalmologie*, *44*(1), 49-52.
16. Girdler, S. J., Boldy, D. P., Dhaliwal, S. S., Crowley, M., & Packer, T. L. Vision self-management for older adults: a randomised controlled trial. *British Journal of Ophthalmology*, *94*(2), 223-228.
17. Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, England: National Foundation for Educational Research.
18. Griffon, P. (2003). Le travail de deuil chez une personne déficiente visuelle. *Santé Conjuguée*(23), 60-62.

19. Hinds, A., Sinclair, A., Park, J., Suttie, A., Paterson, H., & Macdonald, M. (2003). Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. *British Journal of Ophthalmology*, 87(11), 1391-1396.
20. Horowitz, A., Brennan, M., Reinhardt, J., & MacMillan, T. (2006). The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *Journals of gerontology series B-psychological sciences and social sciences*, 61(5), 274 - 280.
21. Horowitz, A., Reinhardt, J. P., & Boerner, K. (2005). The effect of rehabilitation on depression among visually disabled older adults. *Aging Ment Health*, 9(6), 563 - 570.
22. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Trouble d'anxiété généralisée. Récupéré le 10 septembre 2013 du site de l'auteur <http://www.iusmm.ca>
23. Institut universitaire en santé mentale de Québec. Troubles anxieux. Récupéré le 20 janvier 2014 du site de l'auteur <http://www.institutsmq.qc.ca> .
24. Institut universitaire en santé mentale Douglas. Troubles anxieux : causes et symptômes. Récupéré le 10 septembre 2013 du site de l'auteur <http://www.douglas.qc.ca/>
25. Jackson, M. L., & Bassett, K. L. (2010). The natural history of the Charles Bonnet Syndrome. Do the hallucinations go away[quest]. *Eye*, 24(7), 1303-1304.
26. Janz, N. K., Wren, P. A., Guire, K. E., Musch, D. C., Gillespie, B. W., & Lichter, P. R. (2007). Fear of blindness in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: Patterns and correlates over time. *Ophthalmology*, 114(12), 2213-2220.
27. Karlsson, J. S. (1998). Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(7), 483-490.
28. Kempen, G. I. J. M., & Zijlstra, G. A. R. (2011). Clinically relevant symptoms of anxiety and depression in low-vision community-living older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*(0).
29. King-Kallimanis, B., Gum, A., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older americans in the National Comorbidity Survey-replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792.
30. Langevin, V., François, M., Boini, S., & Riou, A. (2011). General Health Questionnaire (GHQ). Risques psychosociaux : outils d'évaluation. *Documents pour le médecin du travail*(128), 677-682.
31. Lévesque, M. (2001). *Efficacité de la thérapie cognitive pour la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer métastatique: étude exploratoire*. (M.Ps.), Université Laval, Québec.
32. Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, 91(10), 1303-1307.
33. Mabuchi, F., Yoshimura, K., Kashiwagi, K., Shioe, K., Yamagata, Z., Kanba, S., . . . Tsukahara, S. (2008 October/November). High prevalence of anxiety and depression in patients with primary open-angle glaucoma. *Journal of Glaucoma*, 17(7), 552-557.
34. Margrain, T. H., Nolle, C., Shearn, J., Stanford, M., Edwards, R. T., Ryan, B., . . . Smith, D. J. The Depression in Visual Impairment Trial (DEP-VIT): trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 12(1), 57.
35. Menon, G. J. (2005). Complex visual hallucinations in the visually impaired: a structured history-taking approach. *Archives of Ophthalmology*, 123(3), 349-355.
36. Menon, G. J., Rahman, I., Menon, S. J., & Dutton, G. N. (2003). Complex Visual Hallucinations in the Visually Impaired: The Charles Bonnet Syndrome. *Survey of Ophthalmology*, 48(1), 58-72.
37. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Trouble d'anxiété généralisé. Récupéré le 10 septembre 2013 du site [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale)

38. National Collaborating Centre for Mental Health. (Octobre 2009). Depression. The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90 (pp. 64). Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
39. National Collaborating Centre for Primary Care. (Janvier 2011). Generalized anxiety disorder or panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Quick reference guide. Clinical Guideline 113. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
40. Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*(4), 245-249.
41. Norton, J., Ancelin, M. L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K., & Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders, 141*, 276-285.
42. Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y. A. (1996). One year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 559-561.
43. Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13* (4), 413-421.
44. Pallero, R., & Ferrando, P. (2008). *Questionnaire Tarragona of Anxiety for the Blind. Vision loss-related anxiety: assessment and treatment*. Communication présentée au Research and Rehabilitation Partnerships: Proceedings of the 9th International Conference on Low Vision. Vision 2008., Montreal.
45. Rees, G., Saw, C. L., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2007). Self-management programs for adults with low vision: needs and challenges. *Patient Education and Counseling, 69*(1-3), 39 - 46.
46. Renieri, G., Pitz, S., Pfeiffer, N., Beutel, M. E., & Zwerenz, R. (2013). Changes in quality of life in visually impaired patients after low-vision rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research, 36*(1), 48-55.
47. Roberge, P., Doré, I., Menear, M., Chartrand, É., Ciampi, A., Duhoux, A., & Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 171-179.
48. Rovner, B. W., & Casten, R. J. (2008). Preventing late-life depression in age-related macular degeneration. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(6), 454 - 459.
49. Santé Canada. (Octobre 2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa.
50. Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating Anxiety and Depression in HIV-Infected Patients. *Journal of Personality Assessment, 71*(3), 349-367.
51. Savard, P. Troubles anxieux. *Association des médecins psychiatres du Québec*. Récupéré le 4 février 2013 du site <http://www.ampq.org>
52. Scott, I. U., Schein, O. D., Feuer, W. J., & Folstein, M. F. (2001). Visual hallucinations in patients with retinal disease. *American Journal of Ophthalmology, 131*(5), 590-598.
53. Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research, 9*(90).
54. Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011a). Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research, 187*, 113 - 120.

55. Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011b). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials*, *12*(1), 171.
56. Senra, H., Oliveira, R. A., & Leal, I. (2011). From self-awareness to self-identification with visual impairment: a qualitative study with working age adults at a rehabilitation setting. *Clinical Rehabilitation*, *25*(12), 1140-1151.
57. Tastan, S., Iyigun, E., Bayer, A., & Acikel, C. (2010). Anxiety, depression, and quality of life in Turkish patients with glaucoma. *Psychological Reports*, *106*(2), 343-357.
58. Tuttle, D. W., & Tuttle, N. R. (2004). *Self-esteem and adjusting with blindness. The process of responding to life's demands* (3e ed.). Springfield (Ill): Charles C Thomas.
59. Ueda, Y. (2004). [Psychological changes during rehabilitation for newly visually impaired people]. [Article en japonais]. *Shinrigaku Kenkyu*, *75*(1), 1-8.
60. Van't Veer-Tazelaar, P., Smit, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A., & van Marwijk, H. (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(4), 319-325.
61. van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. J., van Oppen, P., & et al. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*(3), 297-304.
62. van't Veer-Tazelaar, P. J., Van Marwijk, H. W. J., Van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers, P., & Beekman, A. T. F. (2011). Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*, *19*(3), 230 - 239.
63. van der Aa, H., van Rens, G., Comijs, H., Bosmans, J., Margrain, T., & van Nispen, R. (2013). Stepped-care to prevent depression and anxiety in visually impaired older adults - design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 209.
64. Wanet-Defalque, M.-C. (Février 2010). *Étude du syndrome de Charles Bonnet et des hallucinations liées aux déficiences sensorielles : développement d'un questionnaire*. Communication présentée au 12e symposium scientifique sur l'incapacité visuelle et la réadaptation. 100 ans d'optométrie : Partenariat avec la réadaptation, Montréal.
65. Yokoi, T., Moriyama, M., Hayashi, K., Shimada, N., Tomita, M., Yamamoto, N., . . . Ohno-Matsui, K. (2013). Predictive factors for comorbid psychiatric disorders and their impact on vision-related quality of life in patients with high myopia. *International ophthalmology*(online).
66. Zhou, C., Zhou, S., Qian, P., & Wu, C. (2013). Anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma: Sociodemographic, clinical, and self-reported correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, *75*(1), 75-82.
67. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370.