

CHAPITRE 4

TROUBLES ANXIEUX

Points saillants

- Les troubles anxieux affectent 12 % de la population, causant un handicap léger à grave.
- Pour diverses raisons, de nombreuses personnes peuvent ne pas demander un traitement pour leur anxiété; elles peuvent considérer les symptômes légers ou normaux, ou les symptômes eux-mêmes peuvent faire obstacle à une demande d'aide.
- Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement dans la collectivité.
- Les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
- Les taux d'hospitalisation les plus élevés pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont pour des personnes de 65 ans et plus.
- Depuis 1987, les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux ont diminué de 49 %.

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 précipiter l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui réduisent l'anxiété. Bien que tout le monde se sente

anxieux en réaction à des événements particuliers, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent leurs relations, leurs activités scolaires, leur rendement au travail ainsi que leurs activités sociales et récréatives.

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

Types de troubles anxieux¹

Trouble anxieux généralisé

Anxiété ou inquiétude excessive au sujet de plusieurs événements ou activités se manifestant pendant plusieurs jours sur une période d'au moins 6 mois avec des symptômes associés (tels la fatigue et une mauvaise concentration).

Phobie spécifique

Crainte marquée et persistante d'objets ou de situations clairement discernables (par exemple, prendre l'avion, les élévations et les animaux).

Trouble de stress post-traumatique

Flashbacks, pensées et souvenirs effrayants persistants, colère ou irritabilité en réaction à une expérience terrifiante lors de laquelle il y a eu mal physique ou menace (par exemple, le viol, de l'abus pendant l'enfance, la guerre ou un désastre naturel).

Phobie sociale, également appelée anxiété d'origine sociale

Exposition à des situations sociales ou de rendement provoquant presque invariablement une réaction d'anxiété immédiate qui peut comprendre des palpitations, des tremblements, une sueur, un malaise gastro-intestinal, la diarrhée, une tension musculaire ou de la confusion, lesquels répondent aux critères d'une crise de panique dans les cas graves.

Trouble obsessionnel-compulsif

Obsessions : pensées, idées, impulsions ou images persistantes qui sont envahissantes et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée. Les personnes obsessionnelles tentent habituellement de ne pas tenir compte ou de supprimer ces pensées et ces impulsions ou de les contrebalancer par d'autres pensées et actions (compulsions).

Compulsions : comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, mettre de l'ordre, vérifier) ou des actes mentaux (tels prier, compter ou répéter des mots) en réaction à une obsession ou d'une manière ritualiste.

Trouble panique

Présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues, suivies d'au moins un mois d'inquiétude persistante découlant de la possibilité de subir d'autres attaques, d'une inquiétude concernant l'attaque même ou de ses conséquences, ou un changement de comportement important associé aux attaques. Il y a trois groupes de symptômes : refaire l'expérience, évitement et engourdissement, et éveil.

Les troubles paniques sont parfois associés à l'agoraphobie – anxiété et évitement de lieux ou de situations d'où il pourrait être difficile ou embarrassant de s'échapper, et où il pourrait être difficile d'obtenir de l'aide dans l'éventualité d'une crise de panique ou de symptômes semblables.

La caractéristique essentielle d'une crise de panique

est une période précise de peur ou de malaise intense accompagnée d'au moins quatre des 13 symptômes physiques suivants :

- Palpitations, augmentation du rythme cardiaque ou battement très fort
- Suée
- Tremblement
- Sensations de souffle court et d'étouffement
- Sentiment de suffocation
- Douleur ou malaise à la poitrine
- Nausées ou malaise abdominal
- Étourdissement, perte d'équilibre ou perte de connaissance
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Crainte de perdre le contrôle ou de devenir fou
- Peur de mourir
- Paresthésie (engourdissement ou picotement)
- Frissons ou chaleurs

Jusqu'à quel point les troubles anxieux sont-ils répandus?

Les troubles anxieux affectent environ 12 % des Canadiens et Canadiennes : environ 9 % des hommes et 16 % des femmes au cours d'une période de 1 an². Ensemble, les troubles anxieux sont les plus courants de tous les troubles mentaux.

Tableau 4-1 Prévalence de 1 an des troubles anxieux au Canada

Type de trouble anxieux	Canada (Âgés de 15 à 64 ans) % de troubles anxieux ²⁻⁴
Trouble d'anxiété généralisée	1.1
Phobie spécifique	6.2 – 8.0
Trouble de stress post-traumatique	---
Phobie sociale	6.7
Trouble obsessionnel-compulsif	1.8
Trouble panique	0.7

Répercussions des troubles anxieux

Qui est affecté par les troubles anxieux?

Les femmes signalent certains troubles anxieux plus souvent que les hommes et en sont diagnostiquées. Cela peut être dû aux différences entre les hommes et les femmes devant l'obtention de services de santé, plutôt qu'à de véritables différences de prévalence.

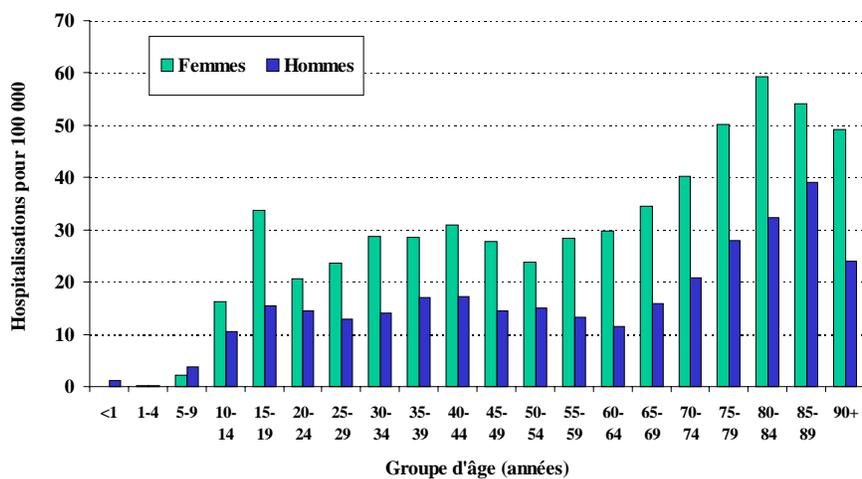
Idéalement, les données d'une étude démographique devraient fournir de l'information sur la répartition selon l'âge et le sexe des personnes atteintes de troubles anxieux. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournira ces données à l'avenir.

Actuellement, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description disponible des

personnes atteintes de troubles anxieux. Toutefois, ces données présentent certaines limites par suite du fait que la plupart de ces personnes sont traitées dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital. Ainsi, les données représentent seulement un sous-ensemble de toutes les personnes atteintes de troubles anxieux, et les résultats doivent être interprétés avec prudence.

En 1999, les femmes ont été hospitalisées pour des troubles anxieux à des taux plus élevés que les hommes dans chaque groupe d'âge (figure 4-1). Les jeunes femmes de 15 à 19 ans présentaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que les femmes des groupes d'âge immédiatement adjacents. Les femmes et les hommes de plus de 65 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés.

Figure 4-1 Hospitalisations pour troubles anxieux* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Comment les affectent-ils?

Les symptômes des troubles anxieux se développent souvent au début de la vie adulte. Bien que la plupart des personnes n'aient qu'un handicap léger ou aucun handicap, les troubles anxieux peuvent limiter sérieusement les activités scolaires, professionnelles, récréatives et sociales d'une personne parce qu'elle cherche à éviter les situations qui précipitent les symptômes.

Les personnes gravement affectées par un trouble anxieux sont également plus susceptibles de souffrir d'un autre type de trouble anxieux, ou d'une dépression majeure ou d'une dysthymie, de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou d'un trouble de la personnalité⁵. Cela contribue aux

répercussions des troubles anxieux et présente des défis pour un traitement efficace.

Impact économique

Les troubles anxieux étant si courants, ont un impact économique majeur⁶. Ils contribuent à la perte de productivité à cause de l'absentéisme et du chômage. Les prestations d'assurance invalidité se classent parmi les coûts associés.

Le recours fréquent à la salle d'urgence et au système de soins primaires en réaction aux symptômes physiques contribue également à des coûts de soins de santé considérables.

Stigmatisation associée aux troubles anxieux

Les troubles anxieux étant l'extension de ce que la plupart des gens perçoivent comme une inquiétude normale, ceux qui les éprouvent peuvent craindre que les autres labellisent leur inquiétude ou leur peur excessive comme une faiblesse tout simple. Ainsi, les personnes

atteintes de troubles anxieux peuvent essayer de ne pas faire état du caractère sérieux de leur situation et de régler le problème elles-mêmes. Elles évitent alors de demander de l'aide et souffrent en silence.

Causes des troubles anxieux

La manifestation de troubles anxieux semble découler de l'interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, développementaux et autres tels des facteurs socio-économiques et le stress en milieu de travail. Diverses théories ont été proposées pour expliquer comment ces facteurs peuvent occasionner ces troubles⁷.

Une première théorie est expérientielle : une crainte peut découler de la première expérience d'une situation embarrassante, d'un abus physique ou sexuel ou du fait d'être témoin d'un acte violent. Des expériences subséquentes semblables ne servent qu'à renforcer la crainte.

Une deuxième théorie est liée à la cognition ou à la pensée et veut que la personne croit ou prédit que le résultat d'une situation spécifique sera embarrassant ou dangereux. Cela peut se

produire, par exemple, si les parents sont sur-protecteurs et mettent la personne continuellement en garde contre la possibilité de problèmes éventuels.

Une troisième théorie met l'accent sur un facteur biologique. Selon les recherches l'amygdale, une structure profonde dans le cerveau, sert de centre de communication qui signale la présence d'une menace et déclenche une réaction de peur ou d'anxiété. Elle stocke également les souvenirs émotionnels et peut jouer un rôle dans l'apparition des troubles anxieux. Les enfants d'adultes souffrant de troubles anxieux sont beaucoup plus à risque d'être atteints d'un trouble anxieux que la population générale⁴, ce qui peut supposer un facteur génétique, un effet des pratiques parentales, ou les deux.

Traitement des troubles anxieux

Une détermination précoce suivie d'une prise en charge appropriée s'avèrent impératives pour rehausser la qualité de vie des personnes souffrant de troubles anxieux. Celles-ci aident également à prévenir les troubles secondaires courants tels la dépression, la toxicomanie et l'alcoolisme.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer au retard à demander et à obtenir un diagnostic et un traitement, dont la stigmatisation, un manque de ressources humaines, les systèmes de financement gouvernementaux restrictifs et un manque de connaissances. De plus, les médecins de famille peuvent ne pas toujours reconnaître le trouble d'après les symptômes d'une personne ce qui les empêchent de les diagnostiquer correctement. Trop souvent, les symptômes ne sont pas pris au sérieux et la personne souffrant d'un trouble anxieux est qualifiée de personne émotionnellement instable. L'éducation du public et des

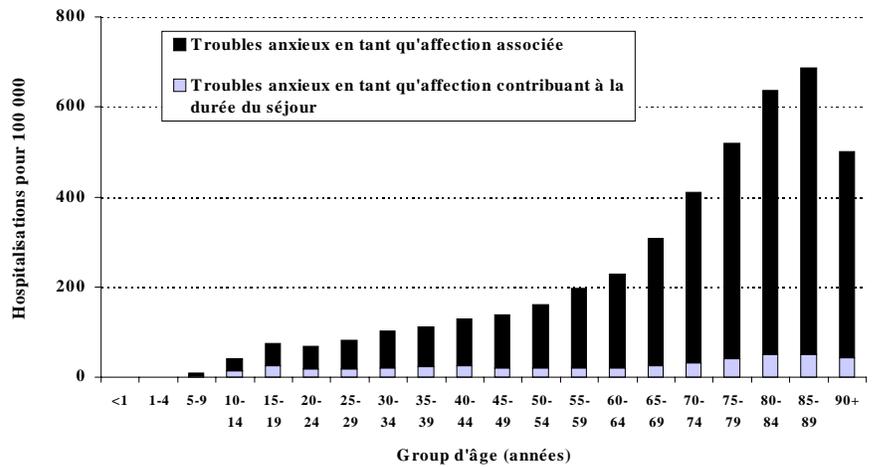
médecins de famille aiderait à résoudre ce problème.

Un examen récent des troubles anxieux indique que les traitements efficaces comprennent la pharmacothérapie (antidépresseurs ou anxiolytiques) et la thérapie cognitivo-comportementale qui aide la personne à transformer ses pensées anxieuses en idées rationnelles et moins productrices d'anxiété⁸. Les groupes de soutien des personnes et des familles peuvent également aider à trouver des moyens de minimiser les symptômes et de s'y adapter.

Une bonne prise en charge des troubles anxieux peut s'effectuer dans un établissement de soins primaires. L'accès aux experts de la thérapie cognitivo-comportementale au moyen d'un modèle de partage des soins peut aider les médecins de famille à offrir un traitement optimal.

Lorsque les personnes souffrant de troubles anxieux sont hospitalisées, une autre affection associée est habituellement responsable de la détermination de la durée du séjour (figure 4-2).

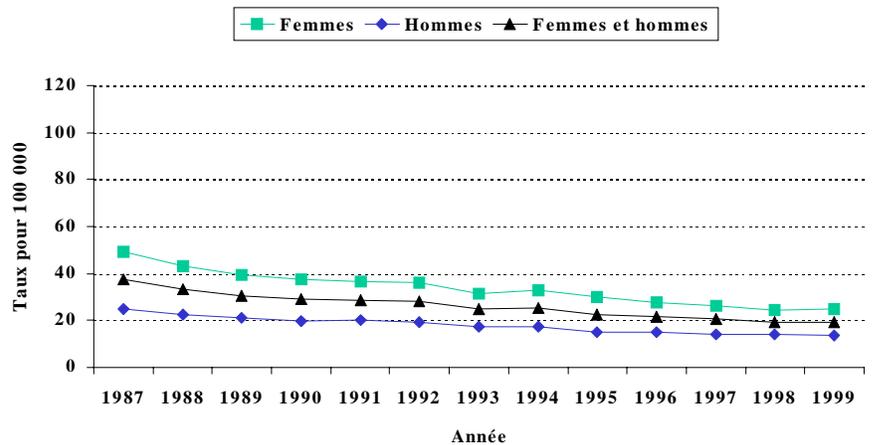
Figure 4-2 Hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux ont grandement diminué entre 1987 et 1999 – de 50 % chez les femmes et de 46 % chez les hommes, la réduction combinée étant de 49 % (figure 4-3)

Figure 4-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

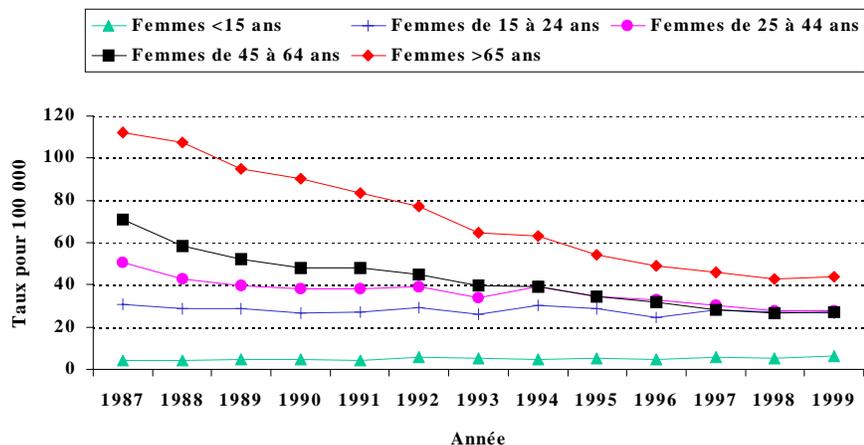


* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux ont diminué de 45 % chez les femmes de 25 à 44 ans et de 62 % chez les femmes des groupes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus (figure 4-4). Chez les jeunes filles de moins de 15 ans, même si les taux d'hospitalisation sont demeurés faibles, il y a eu une augmentation de 52 % au cours de cette période.

Figure 4-4 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

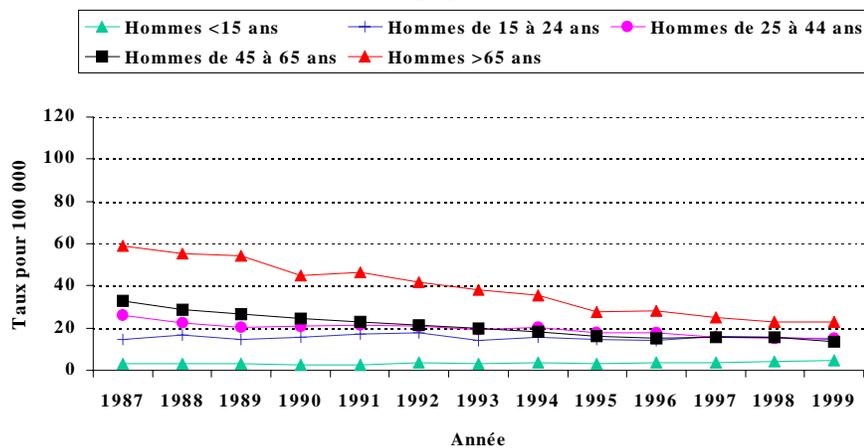


* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Chez les hommes, la réduction des taux d'hospitalisation pour troubles anxieux dans chaque groupe d'âge se compare à la réduction chez les femmes : de 42 % chez les hommes de 25 à 44 ans, de 58 % chez les hommes de 45 à 64 ans et de 61 % chez les hommes de 65 ans et plus (figure 4-5). Chez les garçons de moins de 15 ans, les taux ont augmenté de 49 %.

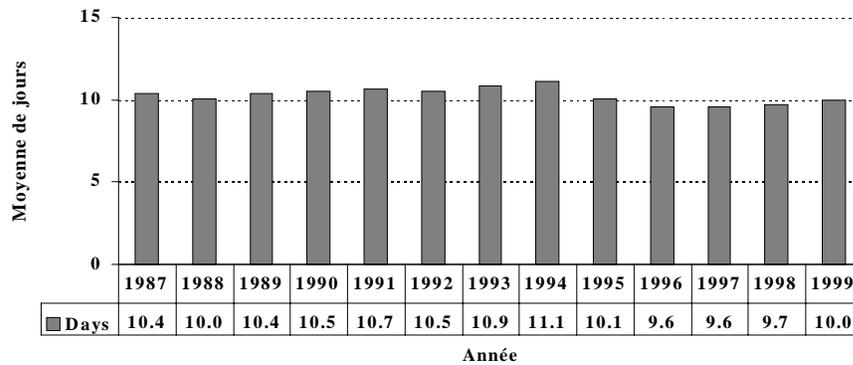
Figure 4-5 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 4-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles anxieux*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

La durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles anxieux a changé très peu entre 1987 et 1999 (figure 4-6).

Données sur les hospitalisations

Puisque la plupart des troubles anxieux sont traités hors des hôpitaux, les données sur les hospitalisations offrent une image très restreinte de ces troubles au Canada. Les données soutiennent que les troubles anxieux sont associés à d'autres problèmes de santé et ce sont habituellement ces problèmes plutôt que les troubles anxieux qui conduisent à l'hospitalisation.

La diminution des taux d'hospitalisation pour troubles anxieux peut être attribuée à la fermeture de lits et à la réorientation des services hospitaliers vers des services ambulatoires. Les hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux chez les personnes âgées ont diminué de façon radicale (beaucoup plus que pour tout autre groupe d'âge) depuis 1987. Cette tendance se compare au modèle du même groupe d'âge pour la dépression majeure. Une recherche plus poussée pourrait déterminer la raison de cette tendance : la prévalence des troubles est-elle en déclin? Les méthodes de

traitement ont-elles changé? Les résultats se sont-ils améliorés?

Les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux plus élevés chez les femmes que chez les hommes soulèvent plusieurs questions de recherche : les troubles anxieux sont-ils plus courants chez les femmes? Les femmes sont-elles plus susceptibles de demander un traitement que les hommes? Les femmes sont-elles traitées différemment des hommes, avec un recours accru à l'hospitalisation?

Les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux atteignent un sommet prononcé chez les femmes de 15 à 19 ans. Un sommet semblable se retrouve dans les taux d'hospitalisation pour dépression et troubles de la personnalité. Cela porte à croire que les femmes de ce groupe d'âge sont vulnérables aux maladies mentales. Les raisons de ce phénomène nécessitent une recherche plus poussée.

Futurs besoins de surveillance

Les troubles anxieux sont courants chez les Canadiens et les Canadiennes, source non seulement de beaucoup de détresse personnelle mais d'entrave au fonctionnement social et professionnel. Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement par une combinaison de médication et de thérapie cognitivo-comportementale.

Les données existantes offrent un profil très limité des troubles anxieux au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données afin de mieux surveiller ces troubles au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacun des troubles anxieux selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).

- Impact des troubles anxieux sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins primaires et spécialisés.
- Impact des troubles anxieux sur le lieu de travail et l'économie.
- Stigmatisation associée aux troubles anxieux.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes tels les écoles, les programmes et établissements de justice pénale et les programmes d'aide aux employés.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

- ¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- ² 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. *Can J Psychiatry* 1996; 41:559-563.
- ³ Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(Suppl 338):33-42.
- ⁴ Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorder in Edmonton: panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; Suppl 376:45-53.
- ⁵ Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151:413-420.
- ⁶ Adult Mental Health Division, British Columbia Ministry of Health. The Provincial Strategy Advisory Committee for Anxiety Disorders. A Provincial Anxiety Disorders Strategy, 2002.
- ⁷ Oxford Textbook of Psychopathology. Millon T, Blaney PH, Davis R, ed. New York: Oxford University Press, 1999.
- ⁸ Antony MM, Swinson RP. Anxiety disorders and their treatment: a critical review of the evidence-based literature. Ottawa: Santé Canada, 1996.